



# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Síndrome del Cuidador Primario en atención a pacientes con  
Diabetes Mellitus"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

**Guillermo Gabriel Calderón de la Barca Castro**

Directora:  Dra.  **Norma Yolanda Rodríguez Soriano**

Dictaminadores: Mtra.  **Mayra Alejandra Mora Miranda**

Mtra.  **Abril Berenice Macías Torres**

No. Bo. *[Firma]*  
19 noviembre 2023.



Facultad de Estudios Superiores  
**IZTACALA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Resumen

El tema de esta tesis es el Síndrome del Cuidador Primario (SCP) y su presencia en Cuidadores Primarios de pacientes con Diabetes Mellitus (DM). El objetivo general es analizar los factores vinculados con el SCP al atender pacientes con Diabetes Mellitus. Los objetivos específicos son: (1) Realizar una investigación bibliográfica sobre la Diabetes Mellitus y el Síndrome del Cuidador Primario, (2) Integrar la información publicada acerca del Síndrome del Cuidador Primario y la Diabetes Mellitus y (3) Proponer una estrategia de intervención psicológica para cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con algún tipo de Diabetes Mellitus. Para cumplir tales objetivos se realizó una investigación bibliográfica acerca de la DM y el SCP, la cual se hizo mediante buscadores académicos como: Google Académico, Scopus, EBSCO y Mendeley; contemplando como rango de fechas de publicación del 2000 al 2023. La excepción para el criterio anterior aplica para aquellos trabajos publicados en años previos al 2000 pero que sean considerados clásicos o que hayan establecido un antecedente importante para la Psicología como disciplina. Por un lado se concluye que el SCP se encuentra altamente presente en cuidadores de pacientes con DM debido a la gran demanda de cuidados que requieren los cuidado-dependientes. Por otro, los problemas de salud física y bienestar psicológico en cuidadores reciben menos atención que los problemas que sufren los pacientes con DM y demás enfermedades incapacitantes; lo cual aumenta la probabilidad de que el SCP se haga cada vez más presente en la población vulnerable de cuidadores en México y otros países con sistemas de salud similares a este. Se invita a que más profesionistas se involucren en este tema

para abordarlo desde la complejidad que amerita y se desarrollen más planes de intervención y prevención para los cuidadores primarios de personas tanto con DM como cualquier otro padecimiento incapacitante.

*Palabras clave:* cuidador primario, diabetes mellitus, psicología, intervención psicológica.

## Tabla de Contenido

<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Diabetes Mellitus.....</b>	<b>10</b>
1.1 Características, Sintomatología y Tipos de Diabetes.....	11
1.2 Epidemiología y otros Datos.....	13
1.3 Factores de Riesgo y Prevención.....	15
1.4 Factores de Riesgo y Prevención.....	18
1.5 Factores Psicológicos Asociados al Diagnóstico de la Diabetes.....	20
1.6 Calidad de Vida de Pacientes con Diabetes.....	21
<b>2. Síndrome del Cuidador Primario.....</b>	<b>23</b>
2.1 Definición.....	24
2.2 Características .....	32
2.3 Perfil del Cuidador Primario .....	33
2.4 Factores Asociados a la Presencia del Síndrome del Cuidador Primario.....	35
2.5 Consecuencias.....	36

<b>3. Estrategias de Intervención.....</b>	<b>38</b>
3.1 Intervenciones desde Otras Disciplinas.....	39
3.2 Estrategias de Intervención.....	43
3.2.1 Psicoeducación.....	47
3.2.1.1 Características.....	48
3.2.1.2 Ejemplos.....	51
3.2.2 Estrategias para el Manejo de Estrés.....	57
3.2.2.1 Características.....	59
3.2.2.2 Ejemplos.....	65
3.2.3 Terapia en Solución de Problemas.....	68
3.2.3.1 Características.....	69
3.2.3.2 Ejemplos.....	71
3.2.4 Terapia Cognitiva.....	76
3.2.4.1 Características.....	77
3.2.4.2 Ejemplos.....	81
3.3 Desarrollo de Redes de Apoyo Social.....	85

3.3.1 Definición de las Redes de Apoyo Social.....	87
3.3.2 Dimensiones que Comprenden las Redes de Apoyo Social.....	87
3.3.3 Beneficios de las Redes de Apoyo hacia los Pacientes y Cuidadores.....	88
<b>4. Propuesta de Intervención.....</b>	<b>89</b>
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>97</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>111</b>

## Introducción

La presente tesis propone como tema de investigación el Síndrome del Cuidador Primario (usualmente abreviado como SCP) en casos de atención a pacientes con Diabetes Mellitus, el cual será abordado desde la perspectiva ofrecida por la psicología aplicada en la salud bajo el enfoque de la terapia cognitivo conductual.

Originalmente la salud era considerada como la ausencia de enfermedad en un organismo. Sin embargo, de acuerdo con Oblitas (2008), a partir del año 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una definición distinta, considerando este concepto como: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (p. 222).

A raíz de la premisa anterior, diversas disciplinas enfocadas en la salud comenzaron un cambio significativo en sus acciones orientadas a la preservación de la salud, entre ellas estuvo la Psicología. Ahora bien, en este punto es pertinente señalar que diversos autores incluyendo al propio Oblitas (a quien se hará mención en breve) hacen referencia de una “Psicología de la Salud”. Sin embargo, en este trabajo se referirá a este campo como “Psicología Aplicada en la Salud”. El motivo se encuentra en las reflexiones realizadas por Rodríguez (2002), quien plantea dos ideas para comprender la inserción de un psicólogo en el campo aplicado.

La primera idea es que tradicionalmente desde áreas como el psicoanálisis y la psicometría se han formado campos de especialización derivadas de demandas sociales en contextos particulares, como lo son la clínica, social, salud,

Etc. No obstante, debido a que el objeto de estudio de la psicología es la **conducta**, esta división de áreas carece de fundamento; puesto que ni la clínica, ni lo social y tampoco la salud son entidades con conducta. A diferencia de la medicina, cuya especialización cobra sentido al comprender que cada órgano o sistema del cuerpo humano requiere de conocimientos específicos para atender las enfermedades propias de dicho órgano o sistema.

La segunda idea establece que, la psicología científica debe **aplicar** sus técnicas en diversos campos en los que la conducta humana se vea involucrada. Por consiguiente, lo acertado sería referirse al campo de la especialización como “Psicología Aplicada en” y no como “Psicología de”.

Es así que, la Psicología Aplicada en la Salud se encargaría de estudiar e intervenir en los procesos de salud-enfermedad; en los cuales la conducta sería un pilar fundamental para comprender de manera integral los elementos biológicos, psicológicos y sociales involucrados en la salud física y el bienestar psicológico. Es a raíz de esta premisa que la Psicología Aplicada en la Salud establece una serie de metas, las cuales son: (1) Promover la salud mediante estilos de vida saludables en la población, (2) Prevención de enfermedades a través de la modificación de estilos de vida y hábitos poco saludables, (3) Evaluación y tratamiento de enfermedades específicas, en las que se requiera trabajar de la mano con especialistas de la salud aplicando intervenciones psicológicas a la par de otro tipo de tratamientos y (4), Evaluación y mejora del sistema sanitario, con el fin de mejorar la atención sanitaria en cuanto a práctica, educación sanitaria y políticas de salud (Oblitas, 2008).

Ahora, respecto a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), esta se define como la aplicación clínica de la ciencia de la conducta, utilizando procedimientos y principios que son objetivos y empíricos. A su vez, la TCC deriva de la Terapia de Conducta (TC), la cual vio sus inicios en los años 50 y que se basó en la aplicación de técnicas para modificar la conducta de los usuarios. La principal diferencia de ambas terapias radica en que la TCC busca detectar y modificar conductas, pensamientos y respuestas emocionales disfuncionales; mientras que la TC únicamente contempla la conducta observable. Por consiguiente, la aplicación de la TCC requiere trabajar con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales que resultan desadaptativas para el individuo mediante la aplicación tanto de técnicas de modificación de conducta, así como técnicas cognitivo-conductuales (Ruíz et al., 2012).

Por otro lado, en esta tesis se abordarán aspectos poco estudiados acerca de los cuidadores primarios y el SCP, como lo son los factores psicológicos, sociales y culturales relacionados con el desarrollo del SCP. De igual forma, se hablará sobre la poca atención que reciben los cuidadores por parte de los especialistas de la salud y las repercusiones que esto tiene en la salud física y bienestar psicológico de los cuidadores y de los cuidado-dependientes.

Con las bases establecidas hasta ahora, la presente tesis se encuentra estructurada en cuatro ejes temáticos, de los cuales, el primer capítulo hablará acerca de la DM. A lo largo de este capítulo se pretende ofrecer una síntesis acerca de esta enfermedad; abordando desde sus características, sintomatología, tipos de diabetes, epidemiología, factores de riesgo y tratamientos médicos, así como la calidad de vida de los pacientes con DM. En el siguiente capítulo se

tendrá una revisión del SCP que incluye definiciones, características, el perfil de un cuidador primario y los factores asociados a la presencia del SCP en la población de cuidadores.

Posteriormente se encuentra un capítulo centrado en las intervenciones enfocadas en el SCP, analizando tanto intervenciones de disciplinas no psicológicas como psicológicas, para concluir con una descripción de las técnicas psicológicas más utilizadas para atender esta problemática. Finalmente, en el capítulo previo a las conclusiones se dedicó a proponer una estrategia de intervención psicológica orientada a atender el SCP, basada en el análisis e integración de la información resultante de los capítulos pasados.

Considerando lo anterior, el objetivo general de este trabajo es analizar los factores vinculados con el SCP al atender pacientes con Diabetes Mellitus. Los objetivos específicos del trabajo son: (1) Realizar una investigación bibliográfica sobre la Diabetes Mellitus y el Síndrome del Cuidador Primario, (2) Integrar la información publicada acerca del Síndrome del Cuidador Primario y la Diabetes Mellitus y (3) Proponer una estrategia de intervención psicológica para cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con algún tipo de Diabetes Mellitus.

Para cumplir los objetivos previamente establecidos se realizará investigación bibliográfica acerca de la diabetes mellitus, abarcando: características, tipos, epidemiología, factores de riesgo, prevención y el tratamiento médico correspondiente. Posteriormente se indagará acerca del Síndrome del Cuidador Primario (SCP), contemplando tanto definiciones como características, hasta los tipos de intervenciones que se han realizado desde distintas disciplinas de salud, para mejorar su calidad de vida y prevenir afecciones a la salud del cuidador

primario. Esta investigación bibliográfica se realizará a partir de cinco palabras clave (cuidador primario, diabetes mellitus, psicología e intervención) a través de buscadores académicos, como Google Académico, Mendeley, Scopus y EBSCO, considerando artículos teóricos y aplicados, así como libros y tesis publicadas en un periodo que abarque desde el año 2000 hasta el 2023. La excepción para el rango de años de consulta bibliográfica se aplicará para publicaciones de autores cuyas ideas se consideran clásicas en el ámbito de la psicología o que hayan establecido un antecedente importante para alguna línea de investigación mencionada a lo largo de esta tesis.

### **1. Diabetes Mellitus**

La diabetes mellitus o DM en México se ha posicionado como la primera causa de muerte entre mujeres y la segunda entre hombres desde el año 2000. Aunado a este hecho, en el año 2010 se registraron alrededor de 83 000 muertes en México a causa de la DM (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020a).

El impacto en la salud que causa la falta de cuidados ante un diagnóstico de diabetes es severo, provocando problemas renales, pérdida parcial o total de la vista, amputaciones, problemas cardiacos, entre otras complicaciones de salud (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020a). Es por todo esto que se considera primordial la atención de esta problemática considerando toda la complejidad que la conforma. Es decir, tomando en cuenta no solo los aspectos médicos, sino también los aspectos psicológicos, sociales, estructurales e incluso políticos; con el objetivo de enfrentarse a este reto de salud pública de manera cada vez más eficaz.

## 1.1 Características, Sintomatología y Tipos de Diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad categorizada como endocrino-metabólica que se distingue por la presencia de las llamadas *hiperglucemias crónicas*, así como una deficiencia en la metabolización de biomoléculas tales como carbohidratos, grasas y proteínas (Mata y Camacho, 2015). Estas hiperglucemias que en otras palabras son el exceso de los niveles de glucosa en el organismo, surgen ya sea por una falta de secreción de insulina, por la resistencia a esta o por una combinación de ambos escenarios.

Respecto a la insulina, Mata y Camacho (2015) indican que es una hormona producida por el páncreas la cual permite que la glucosa entre a las células del cuerpo para que al degradarse se pueda utilizar como energía para su usuario. En este sentido los autores destacan que en la diabetes pueden producirse dos casos como se comentó anteriormente y en concreto, puede darse ya sea por una resistencia ante la reacción de la insulina o que el páncreas deje de producir esta hormona. En cualquier caso, la acumulación en el organismo de glucosa sin degradarse (hiperglucemias) puede traer consigo complicaciones graves para la salud de la persona, como cetoacidosis diabética o síndrome hiperosmolar.

Es por estas situaciones, que la diabetes puede presentarse de diferentes formas y su tratamiento variará dependiendo de las características del caso que se presente (Mata y Camacho, 2015):

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), anteriormente conocida como diabetes infantil.
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

- Diabetes mellitus gestacional o del embarazo.
- Diabetes insípida.

Como se indicó previamente, la diabetes se clasifica por el tipo de función alterada, en el caso de la DM1 también conocida como *insulinodependiente o dependiente de insulina*, es denominada así debido a que las células  $\beta$  las cuales son productoras de insulina en el páncreas, son destruidas. Lo anterior se traduce en la interrupción en la producción de insulina o en una producción tan baja que no resulta suficiente para el organismo; provocando que el paciente requiera la administración de insulina vía subcutánea para su supervivencia. Este tipo de diabetes tiende a presentarse en pacientes jóvenes (niños y adolescentes), aunque también puede presentarse en adultos (Mata y Camacho, 2015). Los autores enlistan los siguientes como los síntomas más comunes entre los pacientes:

- **Incremento en la frecuencia urinaria:** Debido a que los riñones responden ante el incremento de glucosa y para eliminarla, el organismo provoca mayores cantidades de orina.
- **Sed excesiva:** Relacionado con el punto anterior, al orinar de más el cuerpo requiere recuperar los líquidos que han sido drenados, provocando una sed notablemente mayor.
- **Pérdida de peso:** El cuerpo agota los músculos y las grasas que se tienen acumuladas con el fin de proveer de cierta energía que necesitan las células.
- **Fatiga intensa y frecuente:** Derivada del exceso de glucosa que no se puede transformar en energía para su uso adecuado.

Por otro lado, la DM2 es el tipo de diabetes más común y que se distingue por presentar desórdenes a la hora de secretar insulina o de asimilarla en las células, por ende, los pacientes con DM2 a diferencia de aquellos con DM1 no requieren de la administración estricta de insulina para su supervivencia, por lo que solamente se utiliza para controlar la enfermedad en casos particulares (Magliano et al., 2015).

Otra diferencia con respecto a la DM1 es el tipo de población afectada, siendo que los pacientes con tipo 2 de diabetes suelen ser en su mayoría adultos y adultos mayores en los que se ven presentes de manera frecuente trastornos como la *obesidad* y *sobrepeso*. No obstante, esto no significa que la DM2 sea exclusivamente para adultos. Baron y Márquez (2010) indican que, durante varios años, los niños con síntomas de diabetes eran diagnosticados inmediatamente con DM1, sin embargo, posteriores estudios identificaron entre factores de comorbilidad a la obesidad y el sobrepeso infantil como detonantes para el desarrollo de DM2. Por lo que, de acuerdo con los autores, es cada vez más común la presencia de niños y adolescentes con DM2 cuya afección surge a raíz de malos hábitos alimentarios que provocan ya sea sobrepeso u obesidad.

## **1.2 Epidemiología y otros Datos**

En los años más recientes, la diabetes se ha posicionado como una de las enfermedades crónicas con mayor presencia en México. De acuerdo con la Federación Mexicana de Diabetes (2018), este padecimiento ocupa el segundo lugar entre las principales causas de muerte en el país afectando a todo tipo de población desde niños a adultos y, de manera complementaria, el INEGI en 2020 reportó que 151 019 personas fallecieron a causa de la diabetes mellitus, lo cual

equivale a 14% del total de defunciones (1 086 743) ocurridas en el país; 78 922 defunciones en hombres (52%) y 72 094 en mujeres (48%). Asimismo, la tasa de mortalidad por diabetes para 2020 es de 11.95 personas por cada 10 mil habitantes, la cifra más alta en los últimos 10 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

En México, durante 2016 de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016) había 82 767 605 personas de 20 años y más en el país, de las cuales 10.32% reportaron (8 542 718) contar con un diagnóstico médico previo de diabetes mellitus. Por sexo, 13.22% (5.1 millones) de las mujeres de 20 años y más disponían de este diagnóstico y 7.75% (3.4 millones) en los hombres de 20 años y más. Es decir, la enfermedad está más presente en las mujeres que en los hombres (ENSANUT, 2016). El análisis de este mismo indicador por entidad federativa para 2018 muestra que Campeche (14.01%), Hidalgo (12.83%) y Tamaulipas (12.77%) son los estados con las prevalencias más altas de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes. Quintana Roo (7.41%), Querétaro (7.51%) y Aguascalientes (7.56%) registran las prevalencias más bajas.

La ENSANUT del 2020 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020b) indicó que la prevalencia de diabetes en México fue de 10.6%, 11.6% en mujeres y 9.4% en hombres. El 30% de los adultos con diabetes desconoce su condición. Por otro lado, la ENSANUT del 2016 señala que las complicaciones derivadas de la diabetes que son más comunes en la población son: visión disminuida, daño de retina, pérdida de la vista, úlceras y amputaciones. Además, el 46.6% de las personas con diabetes no realizan medidas preventivas para evitar o retrasar

complicaciones. En cuanto a la nutrición, 22.4% de la población adolescente presentó sobrepeso y 13.9% obesidad. Siendo un 33.2% de prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la edad escolar, concluyendo que no disminuyó al compararse con los datos del ENSANUT 2012.

### **1.3 Factores de Riesgo y Prevención**

Son variados los factores que significan un detonante en el desarrollo de la diabetes, respecto a esto, Libman (2009) estableció que en el caso de la DM2 los factores de riesgo son mucho más simples que los de la DM1; ya que van orientados principalmente hacia los estilos de vida. De modo que se destacan aspectos como el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y la alimentación alta en grasas, carbohidratos y azúcares.

Otro aspecto importante señalado por el mismo autor es que los factores genéticos en el caso de la DM2 solo destacan cuando se habla de análisis poblacionales a gran escala, en el que se ven involucradas variables culturales como el tipo de alimentación a nivel histórico, algo que podría servir como explicación respecto a la diferencia en prevalencia de la DM2 sobre la DM1.

En cuanto a DM1, Libman menciona que el determinante más importante y, que suele ser pasado por alto por la mayoría de los especialistas es *el país de residencia*. El autor argumenta que, por ejemplo, un niño que vive en Finlandia tiene 400 veces más posibilidades de desarrollar DM1 que un niño de Beijing China.

En este sentido, López y Ávalos (2013) argumentan que las condiciones sociales y culturales bajo las que una persona nace y se desenvuelve, resultan ser de gran impacto en las enfermedades que puedan desarrollar. Ante esto, los

autores determinan que en México y otros países de Latinoamérica, los factores ambientales en cuanto a materia de salud tales como: la carencia de programas eficaces de prevención y tratamiento, las cuestiones meramente culturales como alimentación rica en lípidos, azúcares e hidratos de carbono, la ausencia de hábitos saludables como hacer ejercicio o beber agua de manera regular, así como la precariedad económica y educativa; impactan de manera negativa y directa en la lucha contra enfermedades de este tipo.

Por otro lado, Van Belle et al. (2011) dicen que los factores de riesgo son en su mayoría cuestiones ambientales de diversos tipos y como ejemplo mencionan tanto la exposición prolongada y periódica a *virus y bacterias* como el mal tratamiento médico de estas enfermedades. En afirmación de estas ideas, mencionan la existencia de hipótesis que si bien, no han sido comprobadas en su totalidad, sí que hay suficientes evidencias para tomarlas en cuenta. Dichas hipótesis señalan tres agentes que podrían estar relacionados con el aumento de probabilidad de desarrollar DM1: 1) La leche de vaca, 2) proteínas de trigo y 3) la vitamina D. Respecto al primero, algunos pacientes con DM1 indican en su historia clínica un consumo constante de leche de vaca durante la infancia y una lactancia nula o deficiente sustituida prematuramente por leche de fórmula. En cuanto al segundo punto, el estudio resalta que el gluten que es derivado del trigo está relacionado con actividad autoinmunitaria en pacientes con DM1 y la enfermedad celíaca (o celiacía). Del tercer punto se puede decir que, a diferencia de los otros dos ya comentados, la ingesta de vitamina D no es la relacionada con la DM1, sino la ausencia de esta. En otras palabras, el pobre consumo de vitamina D durante la infancia muestra una estrecha relación con pacientes diagnosticados

con DM1, aunado a esto, se resalta la importancia de proveer en los primeros años de vida una dieta rica en nutrientes y vitaminas (entre ellas, evidentemente, la vitamina D) con el fin de evitar el desarrollo de enfermedades en edades futuras.

Hasta ahora se han comentado los factores de riesgos ambientales y alimentarios, sin embargo, de igual forma vale la pena mencionar los factores hereditarios que se tienen registrados. García (2001) resalta que el riesgo a desarrollar diabetes incrementa de 10 a 20 veces en los parientes de primer grado de otros con algún tipo de diabetes, aclarando que los números varían dependiendo de numerosas variables como la edad, el parentesco y la raza. En este sentido, si el padre padece de diabetes se tiene un riesgo de hasta 10% de que su descendencia directa desarrolle la enfermedad. Por el contrario, con la madre (siendo menor de 25 años) solo se tiene el 4% de probabilidades de que suceda esto. En este orden de ideas, si los padres presentaron la enfermedad antes de los 11 años, el riesgo para sus hijos es mayor. García además señala que los caucásicos tienen un mayor riesgo de desarrollar DM1 en contraste con el resto de las personas de otras razas. Aunque, comenta que no se sabe con certeza si esto se da por cuestión genética o si hay influencias ambientales desconocidas que coadyuven a que se dé este fenómeno.

Ahora, si bien, se ha comentado y se sabe con certeza que la obesidad es un factor de riesgo relacionado con la DM2, García (2001) habla acerca de un estudio realizado en Finlandia el cual arroja evidencia de que en una muestra de personas con DM1 se identificó que los varones eran notablemente más obesos que el resto de la muestra. Derivado de este hecho, concluyeron que cada vez es

más frecuente que las personas con obesidad sean tan propensas a desarrollar DM1 como lo son quienes desarrollan DM2.

Para finalizar, el mismo autor habla acerca de la prevención de la diabetes en tres niveles distintos que se describen a continuación:

1. **Prevención primaria:** Solo existe intervención cuando se identifica susceptibilidad a desarrollar la enfermedad. Aquí solo se determinan los posibles factores de riesgo y se evitan.
2. **Prevención secundaria:** En este punto se identifica el síndrome o factores de riesgo, posteriormente se buscan técnicas para interrumpir o retrasar el proceso de autoinmunidad cuando se presentan los signos de disfunción insulinosecretora (o cuando aún no hay disfunción).
3. **Prevención terciaria:** Se procede a investigar complicaciones clínicas asociadas a la diabetes y se centran esfuerzos en prevenirlas.

Por otro lado, en la etapa de prediabetes se realizan procedimientos de prevención en los que destacan el tratamiento farmacológico con *inmunomoduladores o supresores*, además de auténtica prevención primaria como evitar el consumo de leche de vaca entre otros agentes considerados como de riesgo (García, 2001).

#### **1.4 Tratamiento Médico**

El tratamiento de la diabetes mellitus difiere entre los tipos 1 y 2. Pues a pesar de tratarse en esencia de la misma enfermedad, las particularidades de cada una requieren abordar la enfermedad de manera diferente.

De acuerdo con Barrio (2021), el tratamiento de la DM1 se centra en dos aspectos fundamentales: (a) El monitoreo continuo de glucosa y (b) la aplicación

de insulina en el paciente; de manera complementaria Rigalleau et al. (2018), añaden que el tratamiento para las personas con DM2 se apoya de medicamentos llamados “antidiabéticos” entre los cuales el primero que se suele suministrar es la metformina, seguido de sulfamidas y posprandiales y, como complemento, se encuentra la administración de insulina. La cual dependerá mucho de cada caso, pues a diferencia de la DM1, los pacientes con DM2 no son dependientes de la insulina.

En cuanto al monitoreo de la glucosa, en ambos casos se puede encontrar que los avances tecnológicos y científicos han permitido ofrecer diversas alternativas a los pacientes y cuidadores para monitorear los índices de glucosa de manera fácil. Sin embargo, estas alternativas pueden resultar costosas y de difícil acceso dependiendo de una región u otra (Barrio, 2021). Concretamente, estas alternativas buscan sustituir la toma de glucosa capilar por el uso de parches como el Sensor Freestyle u otras alternativas como la bomba de insulina.

Ahora, tras identificar las diferencias más importantes entre un tipo de tratamiento y otro, algo que ambos tipos de diabetes tienen en común es el control glucémico mediante la modificación de estilos de vida. Es decir que, sin importar si se trata de un caso de DM1 o DM2, siempre será necesario el uso de estrategias que modifiquen los hábitos alimentarios y promuevan estilos de vida activos para apoyar en el control de la glucosa, con el fin de no depender exclusivamente del tratamiento farmacológico y así, evitar complicaciones como la resistencia a la insulina (Rigalleau et al., 2018; Barrio, 2021).

### **1.5 Factores Psicológicos Asociados al Diagnóstico de la Diabetes**

La American Academy of Pediatrics (AAP), indica que el tratamiento puramente médico de la diabetes resulta insuficiente. De hecho, resalta la importancia de llevar a cabo un tratamiento integral con el fin de mejorar la calidad de vida en términos de salud física, así como de incrementar las capacidades adaptativas y de desarrollo para que, de esta manera, se logre una transición sana y productiva hacia la adultez (Pérez et al., 2015). Bajo esta línea de pensamiento, los mismos autores destacan que pese a los esfuerzos médicos por mantener controlada la enfermedad, las variables psicológicas tienen un gran impacto en el progreso positivo de la enfermedad. En otras palabras, la calidad de vida de los pacientes con diabetes determina en gran medida el éxito del tratamiento y adherencia al mismo.

Relacionado con lo anterior, Carreira et al. (2010) mencionan que la depresión es una de las enfermedades con mayor presencia en pacientes con dicha enfermedad. No obstante, la depresión no suele llegar sola, debido a que los pacientes con una calidad de vida baja, además de presentar depresión suelen mostrar cuadros de ansiedad. Todo lo anterior culmina en una problemática adicional: *la no adherencia al tratamiento*.

Y no es para menos si se considera que las personas que reciben un diagnóstico de DM1 suelen ser niños desde antes de los 11 años hasta las etapas iniciales de la adolescencia y, en casos de DM2, suelen ser jóvenes o adultos con un estilo de vida ya establecido el cual, cambia drásticamente de un momento a otro (Gómez-Rico et al., 2015).

A su vez, la American Diabetes Association (2011) determina que la clave está en formular estrategias efectivas de adherencia al tratamiento donde se vean involucrados no solo los pacientes, sino la familia entera y demás personas allegadas al paciente. En este sentido, se busca entonces que médicos endocrinólogos, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales y demás profesionales involucrados trabajen codo a codo con la finalidad de alcanzar un estado óptimo en el paciente; tomando en cuenta no descuidar ninguna de las dimensiones que están involucradas en la enfermedad como la médica, psicológica o la económica.

### **1.6 Calidad de Vida de Pacientes con Diabetes**

La Organización Mundial de la Salud (1998, p. 11) define a la salud mental como “Las percepciones que un individuo tiene sobre su posición en la vida en un contexto cultural y de los sistemas de valores en los que viven relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Ante esta idea, se añade al concepto de calidad de vida un carácter multidimensional donde se ven involucrados factores específicos en forma de *dimensiones* que afectan la percepción del propio bienestar integral de los pacientes con diabetes (Machado et al., 2010):

- Dimensión física: referente a la percepción del estado físico o la salud, comprendiendo la ausencia o presencia de la enfermedad.
- Dimensión psicológica: manera en que el individuo percibe su estado cognitivo y afectivo; abarcando conceptos como el miedo, ansiedad, autoestima, etc.

- Dimensión social: indica cómo se percibe el individuo respecto a sus relaciones interpersonales y los roles que adopta de acuerdo con la sociedad.

Si bien, los avances médicos y tecnológicos han permitido mitigar el impacto negativo que trae consigo la enfermedad, así como aumentar la longevidad de los pacientes, esto no necesariamente indica que la calidad de vida para los pacientes haya mejorado.

Machado et al. (2010) señalan una conclusión de diversos estudios la cual indica que varias personas con diabetes a pesar de contar con una atención médica de primer nivel, presentan una calidad de vida deficiente. Ante esto, autores como Rubin y Peyrot (1999) lograron identificar que un buen control glucémico por parte del paciente se relaciona con un aumento en su calidad de vida.

Por otro lado, Miranda et al. (2012) informan que los niños con DM1 son cada vez más propensos a presentar ansiedad, depresión y trastornos psicológicos en general, lo cual indica que el deterioro psicológico puede llevar subsecuentemente a un deterioro del estado físico. En este contexto, se establece que si bien, el impacto de la enfermedad varía por la edad así como por los estilos de vida de cada individuo, resulta innegable que las variables psicológicas relacionadas con la pobre adherencia al tratamiento que surgen a raíz de los cambios drásticos en el estilo de vida de los pacientes, deben ser atendidas con medidas preventivas o de emergencia para alcanzar un estado de salud integral óptimo.

De modo que tomando en consideración lo revisado al momento, queda recalcada la importancia de concebir a la calidad de vida como un estado que rebasa el ámbito médico de salud física. El cual, como se mencionó al inicio de este apartado, debe trabajarse desde otros ámbitos como el del bienestar psicológico e incluso económico (Miranda et al., 2012). En este sentido, se puede concluir que, el rubro de la calidad de vida en pacientes con DM (y de cualquier padecimiento en general) debe ser abordado por lo menos desde una perspectiva multidisciplinaria, en la que se abarquen las diferentes dimensiones que componen la calidad de vida de los pacientes y que van más allá de la dimensión de salud física o médica.

## **2. Síndrome del Cuidador Primario**

En el capítulo anterior se ha obtenido suficiente información relacionada con la DM para comprender la enfermedad y lo que implica para el paciente vivir con ella. Sin embargo, poco se ha hablado de la parte del cuidador y todo lo que trae consigo cuidar de una persona con algún padecimiento, sea DM o algún otro deterioro en la salud. De hecho, es muy común encontrar más información sobre los pacientes que de sus cuidadores y de las problemáticas a los cuales se encuentran expuestos día con día.

La demanda de atención, tiempo y entrenamiento por parte de los cuidadores de un paciente con DM son evidentes, y realizar todas estas actividades los convierte en agentes propensos a generar diversas alteraciones en su calidad de vida y bienestar integral. Tal sería el caso del Síndrome del Cuidador Primario (SCP), del cual se estará hablando a lo largo de este capítulo con base

en la mayor cantidad de información con el propósito de dar cuenta de la complejidad de este problema tan poco estudiado hoy en día.

## 2.1 Definición

Para comenzar, se establecerán unas cuantas definiciones con el fin de contextualizar algunos conceptos pertenecientes al tema en cuestión.

Comenzando por “enfermedades crónicas”, las cuales son aquellos “procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, y que rara vez alcanzan una curación completa” (Ardila, 2018, p. 1). Bajo este sentido, cuando una persona vive con una enfermedad de este tipo suele requerir del apoyo de alguien para seguir llevando a cabo sus actividades diarias. Es decir, se vuelve dependiente de los cuidados de alguien.

Es así como se pasa al siguiente concepto: “*cuidar*” del cual se encuentran dos definiciones en el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) (2023a), siendo la primera “Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo” y la segunda “Asistir, guardar, conservar” (p. 1).

Posteriormente, del concepto anterior se obtiene el de “cuidador”, el cual el Diccionario de la RAE (2023b) define como “Persona que presta servicios de atención a una o más personas en situación de dependencia” (p. 1). Bajo esta idea, el Instituto Nacional del Cáncer (2023) proporciona una definición ligeramente distinta sobre este concepto, indicando que un cuidador es:

Persona que asiste a otra persona que necesita ayuda para cuidar de sí misma. Por ejemplo, niños, ancianos o pacientes con enfermedades crónicas o en condición de discapacidad. Los cuidadores son profesionales de la salud, familiares, amigos, trabajadores sociales o miembros de

organizaciones religiosas que prestan ayuda en el hogar, en el hospital o en otro entorno de asistencia sanitaria. También se llama persona a cargo del paciente (p. 1).

Como se puede apreciar, las diferencias entre ambas definiciones son notables. Y pese a que las dos hacen referencia al mismo concepto, pareciera que se habla de dos tipos de cuidadores distintos. Por un lado, la primera definición abarca a cualquier persona que ejerza la acción de cuidar a otra que dependa de algún tipo de cuidado y la segunda, realiza un énfasis en una condición de salud que presenta la persona que requiere de cuidados, a tal grado que se le denomina “paciente” y se asume que la persona que recibe cuidados tiene algún problema de salud.

Esta discrepancia es importante, puesto que no parece haber un consenso sobre qué es un cuidador, un cuidador primario ni a qué tipo de personas se cuida en cualquiera de los dos casos. Esta idea se ve reforzada en la siguiente definición proporcionada por Ruíz y Nava (2012), quienes hablan del papel del cuidador principal/primario sin hacer distinción entre los dos sustantivos; definiéndolo como “aquella persona que se hace cargo de otra ya sea por decisión propia o por petición de alguien más y que dedica la mayor parte del día a su cuidado” (p. 316). No obstante, de acuerdo con los autores, la ambigüedad e imprecisión de esta concepción así como las diferentes interpretaciones que tanto investigadores como cuidadores tenían sobre el concepto, provocaron que se decidiera establecer dos tipos de carga para los cuidadores: (1) la carga objetiva se empleó para definir todas las demandas, actividades y situaciones

relacionadas con el enfermo y (2) la carga subjetiva, haciendo referencia a las afecciones a nivel afectivo y emocional del cuidador.

Con la definición anterior se puede identificar un retorno a la concepción general del cuidador sin mencionar aspectos de salud. De hecho, algo destacable es que, aunque Ruíz y Nava tienen como profesión la enfermería, su definición abarca de manera general los motivos por los cuales se cuida a una persona, es decir, no se limita a que el cuidado sea exclusivamente por algún problema de salud; ya que las autoras contemplan aspectos que expanden el fenómeno, como los tipos de carga que experimentan los cuidadores, ofreciendo una visión del tema que considera tanto factores médicos como sociales y psicológicos.

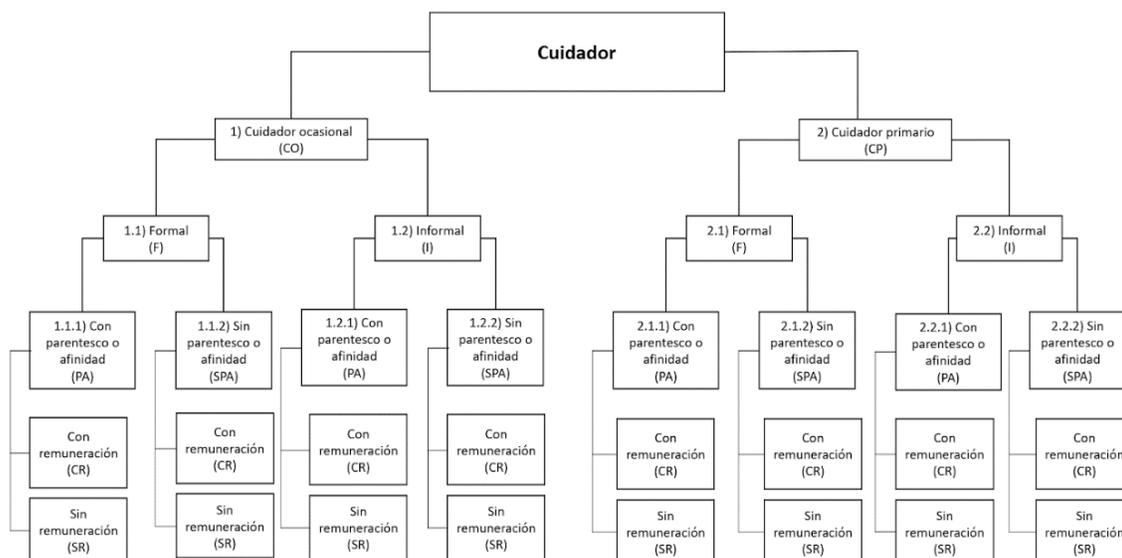
Por tanto, se puede determinar que la concepción de un cuidador variará dependiendo del contexto desde el que se está hablando. Lo cual podría explicar la gran diferencia que hay entre varias definiciones del concepto de “cuidador”.

Por otro lado, en la literatura se pueden encontrar definiciones complementarias que abarcan características de diferentes tipos de cuidadores primarios. Respecto a esto, Ruiz y Nava (2012) hacen mención de dos tipos de cuidadores: los *cuidadores informales* que son quienes se dedican a cuidar a una persona sin tener entrenamiento ni respaldo académico por ninguna institución, aunque pueden recibir entrenamiento por algún profesional, pero no suelen recibir ningún tipo de remuneración económica. Es así como los autores mencionan al *cuidador informal familiar*, siendo aquel cuidador con algún tipo de parentesco con la persona demandante de cuidados, ya sea por consanguinidad o afinidad y que realiza labores de cuidado y del cual pueden derivar tres tipos de cuidadores: 1) el esposo o esposa como cuidador, 2) los hijos o hijas como cuidadores y 3) los

padres como cuidadores. Aunque los autores también señalan que en las actividades de cuidado pueden participar vecinos o amigos, pero que su presencia es mucho menor comparada con la de los familiares. Y por último se encuentran aquellos cuidadores con formación profesional especializada en brindar servicios de cuidado, como enfermeros o médicos y que reciben una remuneración por su trabajo, los autores denominan a estos cuidadores como *cuidadores formales*.

Ahora bien, lo que se ha podido rescatar de la literatura es que no hay suficientes acuerdos de las diferentes disciplinas de la salud para establecer con claridad qué es un cuidador y qué tipos de cuidadores hay. Ya que, como se ha corroborado, algunas definiciones propuestas por autores o instituciones establecen irremediamente un vínculo entre la labor del cuidador con un padecimiento o problema de salud de la persona que recibe cuidados. Mientras que otros autores conciben la función del cuidado yendo más allá de los problemas de salud.

Por consiguiente, se considera que esta situación lleva a una inexactitud conceptual del término, dado que la acción de cuidar no siempre se debe a alguna enfermedad o incapacidad. De modo que, considerando el hecho de la falta de consenso entre los autores para establecer las diferencias entre cada tipo de cuidador, con lo recopilado hasta ahora se propone el siguiente esquema para diferenciar los diferentes tipos de cuidadores con base en categorías puntuales (figura 1).



**Figura 1.** Esquemización de los tipos de cuidadores

*Nota: Elaboración propia.*

Es así como se identifican dos categorías generales de cuidadores: 1) cuidadores ocasionales y 2) cuidadores primarios. El primer tipo de cuidador es cualquier persona que realiza actos de cuidado hacia otra cada cierto tiempo. Asimismo, el cuidador ocasional cuida de la otra persona por diferentes motivos, tanto por problemas de salud como por cualquier otro motivo que genere dependencia. Es decir, que las personas que reciben cuidados pueden ser desde niños hasta adultos mayores con o sin problemas de salud, ya que la causa de dependencia puede deberse a falta de independencia física, social y psicológica; o falta de recursos de diversa índole para considerarse una persona autónoma (problemas económicos, desempleo y cualquier tipo de crisis pasajera). Finalmente, los cuidadores ocasionales también pueden ejercer cuidados esporádicos a personas con problemas de salud. Ya sea porque el padecimiento tiene cura y la persona que recibe cuidados recuperará su autonomía en algún

momento cercano, o porque la persona que recibe cuidados tiene a más cuidadores que le apoyen con su problema de salud.

El segundo tipo de cuidadores, cuidadores primarios, se distinguen de los cuidadores ocasionales por ser, como se ha revisado en las definiciones anteriores, los cuidadores principales de una persona y que dedican la mayor parte de su tiempo a cuidar de alguien. Fuera de esta distinción, las causas de dependencia por las que un cuidador primario ejerce su labor pueden ser tanto por problemas de salud como por dependencia en general. Por consiguiente, un cuidador primario podría cuidar a su hijo con DM1 durante toda su infancia hasta su adultez si así lo quisiera, como podría cuidar a un familiar o amigo desempleado durante años.

De estas dos categorías generales se desprenden dos subcategorías, siendo la informalidad y la formalidad, tomando como referencia las definiciones de Ruíz y Nava (2012). Asimismo, se considera pertinente contemplar en esta propuesta: el parentesco, ya mencionado por los autores Ruíz y Nava.

Sin embargo, también es necesario destacar que los familiares, amigos o vecinos no solo figuran como cuidadores primarios informales, sino que también es posible que existan aquellos con capacitación en las tareas de cuidado convirtiéndolos en cuidadores formales.

Para finalizar este apartado se destaca un último rasgo que puede estar presente en cualquier categoría de cuidador: la remuneración. Así pues, una persona que ayuda a su vecino mayor de edad hasta 3 veces por semana sin recibir un pago económico por parte de la familia del vecino, podría considerarse un Cuidador ocasional informal sin afinidad ni parentesco y sin remuneración

económica. Y, una mujer que vive con su padre, que cuida de él aplicando los conocimientos de enfermería que adquirió durante sus estudios universitarios y que recibe un pago mensual por parte de sus hermanos, se consideraría una Cuidadora primaria formal con parentesco y con remuneración económica.

Por otro lado, tras entender todo lo relacionado con el acto de cuidar y los tipos de cuidadores, se encuentra que algunos de ellos, específicamente los primarios y sus derivados, pueden desarrollar complicaciones de salud tanto en el ámbito psicológico como físico. Este conglomerado de complicaciones son parte de un síndrome conocido como el Síndrome del Cuidador Primario (SCP).

Es así como al hablar del SCP se considera pertinente recuperar la siguiente definición de López et al. (2017), quienes ofrecen una perspectiva puntual sobre esta problemática. Ya que abarca tanto la posibilidad de que el cuidador esté ejerciendo un cuidado sobre otra persona por un problema de salud como la posibilidad de que sea por cualquier otro motivo. De modo tal que los autores enuncian que el Síndrome del cuidador:

Es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente y/o con enfermedad crónica. Destacamos agotamiento físico y psíquico. La persona se ve obligada a afrontar una situación nueva para la que no está preparada, la cual requiere de un buen adiestramiento para un afrontamiento eficaz y que requiere gran parte de su tiempo. (p. 316).

Bajo esta misma idea, Gérain y Zech (2019), se refieren al SCP como “Síndrome de Burnout del Cuidador” o Síndrome del Cuidador Quemado y lo definen como “Un síndrome tridimensional en respuesta al estrés que el contexto

del cuidado pueda representar” (p. 2). Ahora, conviene aclarar que el origen del concepto “síndrome tridimensional” se encuentra en otro ámbito de estudio de la psicología, específicamente en la psicología laboral; por lo que es necesario ubicarse momentáneamente desde la visión de dicho ámbito para comprender la idea de manera adecuada.

Dicho lo anterior y de acuerdo con Olivares (2017), la idea del Síndrome de Burnout como un síndrome tridimensional se remonta a las propuestas de Cristina Maslach. Por ende, se encuentra que la ya mencionada autora concibe esta problemática tras considerar tres dimensiones principales: (a) agotamiento personal, (b) despersonalización y (c) realización personal disminuida (Maslach y Jackson, 1981; Maslach et al., 2001).

Con todo lo mencionado hasta el momento, es posible entender que varios autores identifiquen al SCP como un tipo de Síndrome de Burnout, ya que las características de este último y las del SCP son muy similares. Sin embargo, se considera conveniente desvincular ambos términos y comenzar a considerarlos como dos fenómenos con similitudes pero que no son lo mismo. Debido a que la concepción del burnout tiene sus raíces en un ámbito de psicología organizacional y laboral, mientras que el origen del SCP reside en problemas estructurales y sociales. Ya que, por un lado, la estructura del sistema de salud pública resulta inefectiva a la hora de ofrecer atención adecuada tanto para pacientes como para cuidadores y, por otro, la organización social que activa fortuitamente el rol del cuidador ya sea a algún familiar o persona cercana al paciente. Las diferencias entre ambos contextos son las suficientes como para que necesiten ser vistas como dos fenómenos independientes entre sí y así conseguir que cada

problemática reciba la atención necesaria para profundizar adecuadamente desde el ámbito correspondiente.

Por lo tanto, se puede concluir que el SCP es una problemática compleja que involucra no solo el agotamiento físico y psicológico, sino que engloba consecuencias como la despersonalización y afectación en la percepción de la realización personal. Pudiendo provocar a largo plazo problemas tanto sociales como de salud de mayor gravedad si la presencia de estrés no disminuye.

## 2.2 Características

Las definiciones revisadas anteriormente dan un esbozo preliminar de las características de este síndrome. De modo que para profundizar, Lacomba et al. (2017) señalan algunas **alteraciones físicas** que pueden desarrollarse con el SCP; tales como:

- Dolores de cabeza
- Insomnio
- Trastornos del sueño
- Dolores en diferentes partes del cuerpo.

También están las **afecciones psicológicas**, las cuales se presentan cuando el cuidador no se siente capaz de hacerle frente a la enfermedad que afecta al individuo bajo su cuidado, pudiendo mostrar signos de:

- Estrés
- Ansiedad
- Constante estado de irritabilidad
- Desarrollo de sentimientos de culpa

Asimismo, el SCP se caracteriza por **afectar el ámbito social** del cuidador, provocando un deterioro en cualquier tipo de relación social que se acompaña de:

- Tristeza
- Desesperanza
- Soledad.

Así como **problemas a nivel laboral** que deterioran la calidad de vida del cuidador y de su familia, ocasionados principalmente por:

Absentismo

- Ineficiencia e/o incumplimiento de las funciones dentro del centro de trabajo durante las horas laborales
- Repercusiones económicas y financieras

En este sentido, Pérez et al. (1996) afirman que el síndrome del cuidador primario no es solo una condición meramente clínica, por lo que no debería intentar desligarse de los aspectos sociales y económicos para encasillarse en una visión puramente médica, pues al ser un síndrome polisintomático, estos síntomas afectan a diferentes dimensiones que comprenden al individuo y su entorno, además de su salud.

### **2.3 Perfil del Cuidador Primario**

Antes de comenzar es importante señalar que la información de fuentes oficiales gubernamentales orientadas ya sea hacia el SCP o de cuidadores informales es sumamente escasa. Por ello, obtener estos datos resulta ser una tarea complicada, pues la información obtenida fue muy general de acuerdo con el tema de interés, porque los datos reportados concentraban todos los tipos de cuidado sin distinguir entre cada uno de ellos, además de que la información no

está completamente actualizada al día de hoy. Una vez aclarado esto, se procede a reportar lo encontrado.

De acuerdo con el (INEGI, 2017) en México durante el año 2016 se reportaron 286 mil personas ocupadas en el cuidado de personas dependientes, siendo una ocupación realizada en mayor medida por mujeres, pues de cada 100 personas 97 fueron mujeres.

En otros se encuentra que la edad promedio de los cuidadores es de 37.6 años, la mayoría tiene cubierta la educación básica, trabajan en promedio 38.5 horas a la semana y ganan 24.3 pesos por hora. Sin embargo, estos datos no corresponden en su totalidad a cuidadores informales, pues contempla de manera general el cuidado tanto formal como informal de niños y adultos mayores que pueden o no tener algún deterioro en su salud, por lo que estos datos no pueden ser empleados como una guía absoluta para el tema principal que se está abordando en el presente trabajo. Debido a que tanto el objetivo como el interés de este escrito se orientan específicamente hacia el acto de cuidar personas de cualquier edad con enfermedades crónicas, concretamente con DM y no en la actividad general de cuidado.

Considerando lo anterior, para tratar de describir de alguna manera las estadísticas del perfil de un cuidador primario en México en casos de DM, se recuperaron los datos de las siguientes dos investigaciones: Del Angel (2022) quien encuestó a una población de 110 cuidadores primarios de pacientes mayores de 60 años diagnosticados con DM2 y Reyna (2022), quien encuestó a 219 cuidadores primarios de pacientes con DM de cualquier tipo pero con complicaciones médicas derivadas de la enfermedad original.

Algo en lo que ambas autoras coincidieron fue que el rol del cuidador primario es adoptado en su mayoría por las mujeres. Específicamente en un 66.2% (Reyna, 2022) y 69.1 % (Del Angel, 2022). Otro rasgo importante es el nivel de sobrecarga de trabajo en la población analizada, el cual establece que un 47.9% de la población analizada vive con sobrecarga intensa, un 16.4% con sobrecarga leve y un 35.6% sin sobrecarga (Reyna, 2022). Lo cual indica que más de la mitad (64.3%) vive con sobrecarga al ejercer su rol de cuidador primario de una persona con DM.

Por otro lado, Del Angel (2022) encontró que algunos cuidadores sufren de algún tipo de enfermedad, siendo hipertensión y diabetes las dos más frecuentes en su población estudiada; asimismo la autora señala que la mayoría de los cuidadores son hijos que atienden a sus padres, seguido de esposos y parientes en general.

Por último, ambas autoras encontraron que la media de nivel de estudios de los cuidadores que entrevistaron fue preparatoria/bachillerato (Del Angel, 2022; Reyna, 2022).

Lo reportado en este apartado pone en evidencia el hecho de que la mayoría de las investigaciones no prestan suficiente atención a las problemáticas de salud vividas desde la perspectiva de los cuidadores, dejando un gran espacio para futuras investigaciones que involucren a los cuidadores y su calidad de vida.

#### **2.4 Factores Asociados a la Presencia del Síndrome del Cuidador Primario**

El desarrollo del Síndrome del cuidador primario se vuelve más probable al estar expuesto a distintos factores de riesgo que variarán acorde al contexto social y cultural de cada caso. Así se ve reflejado en lo reportado por Sigüenza (2021),

quien realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y determinó que en países latinoamericanos y en general, en países en vías de desarrollo y con economías inestables como Brasil, Chile, Colombia, México entre otros más, los factores como el nivel socioeconómico de la familia y el tiempo dedicado al cuidado influyen enormemente en la presencia del síndrome del cuidador primario.

Respecto a esto la autora destaca principalmente el factor del tiempo de cuidado, puesto que, a mayor cantidad de horas dedicadas al cuidado del paciente, mayor sobrecarga presentan los cuidadores, provocando a su vez que los cuidadores tengan menos tiempo para dedicar a actividades relacionadas con el autocuidado.

Lo anterior se ve respaldado por otro estudio en el que Cousino y Hazen (2013) reportan que en cuidadores de niños con diabetes mellitus se encontró una mayor presencia de estrés parental conforme los padres percibían más responsabilidad respecto al cuidado de sus hijos pero sobre todo, al tener que realizar monitoreos de glucosa nocturnos para prevenir hipoglucemias o hiperglucemias en sus hijos durante sus horas de descanso.

Retomando a Sigüenza (2021), la autora señala que además del tiempo de cuidado y el nivel socioeconómico es importante considerar la edad del paciente. Dado que mientras más grande sea la persona que requiere de cuidados especializados, mayor dedicación deberán poner los cuidadores en los cuidados, por el deterioro tanto cognitivo como físico que sufren las personas que necesitan ser cuidadas.

## **2.5 Consecuencias**

Como se ha dicho anteriormente, cuando un integrante de la familia es diagnosticado con DM los efectos y los cambios que conlleva vivir con diabetes

son experimentados tanto por el paciente como por los cuidadores y el resto de la familia. Las consecuencias de esto son variadas y repercuten en diferentes aspectos en la vida de los involucrados y es importante identificar las consecuencias para evitar que se desarrollen posibles problemas adjuntos al problema central: la enfermedad diagnosticada.

Para comenzar, Khanna et al. (2015) comentan que una gran cantidad de padres cuidadores experimentan malestar en distintos aspectos en su día a día. Por un lado, los niveles de estrés y ansiedad aumentan, al igual que la sintomatología depresiva. Asimismo, los autores afirman que además del desgaste psicológico y físico sufren de carga financiera que si bien, suele ser más severa en casos de pacientes con cáncer y parálisis cerebral, también está presente en padres cuidadores de personas con diabetes.

Particularmente en el caso de la DM, Novoa et al. (2008) señalan que la conducta parental tiene un efecto directo en el apego al tratamiento en casos de diabetes en infantes. Específicamente, los autores encontraron que la comunicación poco efectiva por parte de los padres está correlacionada con una baja realización de ejercicio, dieta, monitoreo de glucosa en sangre, Etc. por parte de los infantes con DM.

De manera complementaria, Mikolajczak et al. (2018) encontraron que la gran mayoría de los padres que sufren del Síndrome del cuidador primario presentan ideación suicida y pensamientos de escape para abandonar su hogar y su responsabilidad con su hijo. En el estudio se describe una relación circular entre el estrés y los trastornos del sueño en padres y la no adherencia al tratamiento de sus hijos, la cual funge como un ciclo de conductas nocivas que

afecta a ambos. Es decir, los autores encontraron que el estrés de los padres provoca trastornos del sueño, los cuales tienen como consecuencia el desarrollo de un repertorio conductual caracterizado por irritabilidad, agresividad y violencia hacia sus hijos y en general, conducta negligente parental. Lo anterior, a su vez, causa que sus hijos se nieguen a llevar a cabo su tratamiento adecuadamente y que se alejen progresivamente de sus padres, creando así más situaciones estresantes que forman un ciclo de conductas nocivas.

Con lo revisado hasta el momento se puede concluir que los efectos del SCP provocan estragos a nivel emocional, en las actividades diarias, en el ámbito laboral y familiar, así como en el aspecto financiero (Golics et al., 2013); afectando en la salud integral del cuidador y a su vez, aumentando la probabilidad de deterioro de la salud de los pacientes que necesitan de las atenciones de su cuidador o cuidadores para sobrellevar su enfermedad de la mejor manera posible. Por lo que resulta imperativo desarrollar estrategias de intervención eficientes para reducir los problemas causados por el SCP y mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

Asimismo, para dar fin a este capítulo, tras esta revisión bibliográfica de diferentes autores y perspectivas se enlistan los indicadores relacionados con el SCP.

### **3. Estrategias de Intervención**

El panorama actual de las intervenciones psicológicas orientadas hacia el cuidador primario o informal, además de ser escasas, ciertamente son insuficientes. Tal y como indican Ruíz y Moya (2012), solo en España durante el año 2008 se registraron 3.85 millones de personas con algún tipo de discapacidad,

aunado a que requieren de cuidados especiales ya sea por algún cuidador informal o por uno profesional. A su vez, los autores aseguran que aproximadamente el 80% de dichos casos reciben cuidados especiales por parte de algún cuidador informal.

Esto quiere decir que tan solo en el año 2008 hubo en ese país un poco más de tres millones de cuidadores informales ofreciendo atención a sus respectivos familiares en condición de discapacidad.

Sin embargo, a pesar del conocimiento de estos datos, el punto de interés de la mayoría de la comunidad científica se encuentra en el paciente (**o cuidado-dependiente**). Así lo aseguran Barreto y Baque (2023), quienes indican que a pesar de las afecciones que sufren los cuidadores tanto a nivel físico como psicológico a raíz de las labores de cuidado que realizan diariamente, no reciben los cuidados necesarios para conservar su salud. Los autores aseguran que esta falta de atención aumenta significativamente la probabilidad de que los cuidadores desarrollen complicaciones de salud física y psicológica y, por ende, se conviertan en personas dependientes de cuidado. De este modo queda constatada la importancia no solo de dirigir la atención hacia los cuidadores y sus experiencias, sino de formular intervenciones orientadas hacia ellos para mejorar su calidad de vida y prevenir futuras complicaciones de salud.

### **3.1 Intervenciones desde Otras Disciplinas**

De manera preliminar, tras realizar una extensa búsqueda bibliográfica de los antecedentes para el tratamiento del SCP se pueden destacar tres aspectos: (1) Tal como se ha hecho énfasis en el capítulo pasado, hay pocos trabajos que abordan tanto el constructo como el diseño de la intervención. (2) Los trabajos

tienden a decantarse a hablar sobre el paciente y, el cuidador termina siendo un factor secundario. (3) Tanto en la literatura en inglés como en español, se alterna notablemente la terminología del concepto. Esto significa que algunos autores al hablar de “Caregiver Burnout”, “Caregiver Stress and Distress” y “Estrés en Cuidadores Primarios”, realmente se refieren a lo mismo, lo que en este trabajo se ha denominado como “Síndrome del Cuidador Primario” (SCP). Por lo que la diversidad de términos para referirse al mismo fenómeno dificulta delimitar el tema y obtener información objetiva y útil acorde a los objetivos de la presente tesis.

Tras mencionar la variación de nombres para referirse al SCP y las complicaciones que esto trae para el desarrollo de investigaciones sobre el tema, el siguiente paso es conocer qué han realizado otros autores para atender este problema de salud y mejorar la calidad de vida de los cuidadores primarios que viven con los síntomas del SCP.

Dicho lo anterior, se presentará una recopilación de artículos publicados acerca de estrategias de intervención diseñadas para atender personas con indicadores de SCP como riesgo de salud, con el fin de sintetizar los elementos más destacables de dicha recopilación.

Así pues, a pesar de la escasez de investigaciones sobre este tema, vale la pena destacar que las evidencias encontradas no son exclusivas del ámbito psicológico. Tal es el caso de López (2015), quien desde una perspectiva del Trabajo Social plantea una propuesta para prevenir y disminuir lo que él refiere como “sobrecarga de los cuidadores primarios” que atienden a pacientes adultos mayores con Enfermedad Renal Crónica (ERC). En este caso el autor apuesta por una aproximación integral que contempla para los cuidadores servicios de

tanatología, apoyo emocional y de desahogo, así como estrategias para reforzar las redes de apoyo; y para el caso del paciente, una capacitación médica especializada domiciliaria, con el fin de disminuir la carga de trabajo de los cuidadores.

Complementando esta idea, Navarro (2016) indica que el papel del trabajador social en la intervención debe centrarse en la planeación de estructuras de servicios públicos para los usuarios (en este caso, cuidadores primarios junto con sus respectivos pacientes). Estos servicios van desde atención psicológica, orientación legal y financiera, así como de servicios médicos. Un ejemplo mostrado por el autor es el de la estructuración de planes de intervención psicológica para atender a los cuidadores primarios de pacientes geriátricos, contemplando técnicas psicológicas como el Mindfulness, Relajación o actividades de acompañamiento y contención emocional en los programas de intervención.

Algo similar ocurre desde el ámbito de la Enfermería, en el que Durán et al. (2019) plantean un programa de intervención cuya atención va dirigida a cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, el cual se basa en desarrollar estrategias e impartir conocimientos de cuidado a los cuidadores primarios de su población.

El programa plantea cuatro módulos:

1. Un módulo de introducción donde los participantes y coordinadores se conozcan y se hable sobre los pormenores del tema.
2. Un espacio donde los participantes adquieran información sobre los detalles del rol de cuidador y quiénes son los actores involucrados en el

proceso. Asimismo, en este espacio se describen las actividades que un cuidador realiza tanto para el paciente como para el cuidado de él mismo.

3. La aplicación de un modelo para entrenar en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, toma de decisiones y fortalecimiento de las redes de apoyo para actuar en situaciones de emergencia.
4. Un espacio donde se estimule el entendimiento del significado de la paciencia como parte del proceso de crecimiento como cuidador, buscando promover los estímulos que ayudan al cuidador a ser más paciente.

Por otro lado, las participaciones de la comunidad médica parecen ir encaminadas hacia evaluaciones y recopilación de datos para análisis estadísticos con el fin de apoyarse posteriormente de estrategias psicológicas, y así integrarlas en su plan de intervención. Tal como se aprecia en el trabajo de Jiménez (2013), quien tras evaluar la resiliencia y estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia, propone intervenciones de corte **psicoeducativo** para proporcionar información acerca de la enfermedad a la cual se están enfrentando tanto ellos como sus pacientes o cuidado dependientes y brindarles estrategias de apoyo emocional y de afrontamiento.

Ahora bien, las intervenciones de la comunidad médica no se limitan a proponer el uso de técnicas psicológicas para mitigar los efectos del SCP, sino que se programa una intervención y posteriormente se incorpora al especialista en las técnicas necesarias. Tal es el caso de García et al. (2018), quienes incluyen los servicios de un psicólogo especialista en Terapia Cognitivo-Conductual para llevar a cabo las sesiones psicológicas con una muestra de cuidadores primarios de adultos mayores.

De esta forma han conseguido disminuir la sensación de sobrecarga en los cuidadores, aunque no notaron mejoría en el desarrollo de habilidades de cuidado. Lo cual deja en evidencia que las intervenciones mostradas en este apartado requieren de estrategias adicionales para obtener mejores resultados.

Si algo se puede concluir es que a pesar de que el SCP es un problema de salud de carácter psicológico, este no deja de ser un tema de interés para otras disciplinas. Ya sea desde un aspecto estructural en el sistema de salud pública como se observó desde el ámbito del Trabajo Social, o de colaboración interdisciplinaria tal y como se apreció con los estudios de los especialistas en Medicina y Enfermería, lo importante es que se mantenga como un tema de interés mutuo para desarrollar intervenciones en conjunto que ofrezcan un servicio satisfactorio a los usuarios que lo requieran.

### **3.2 Estrategias de Intervención.**

Para comenzar, se ha identificado que los estudios publicados en revistas del ámbito psicológico o áreas afines, los autores revisados con educación formal en pregrado o posgrado de psicología mencionan dos rasgos importantes a desarrollar en los cuidadores primarios que presentan síntomas vinculados al SCP: 1) La resiliencia y 2) El manejo del estrés (Beck et al., 2012; Yi-Frazier et al., 2017; Prevedini et al., 2020).

Debe considerarse que las intervenciones se basan en la evaluación de diferentes categorías propias de los cuidadores ejerciendo sus funciones, las cuales son determinadas por los investigadores mencionados en el párrafo anterior. Posteriormente, con base en los resultados obtenidos se procede a la

aplicación de técnicas y estrategias de intervención que los autores han determinado como las más convenientes.

De este modo Beck et al. (2012) trabajaron con el instrumento MSI (por sus siglas en inglés) que traducido al español se entiende como Instrumento del Dominio del Estrés, el cual, como su nombre indica, se enfoca en evaluar el grado de maestría o conocimientos que tienen los usuarios.

Los autores aplicaron el mencionado instrumento en padres cuidadores primarios de niños con DM1 recién diagnosticada, con el objetivo de determinar si el instrumento puede evaluar necesidades de educación en DM1 para cuidadores primarios de niños con esta condición de salud. Los constructos que se evalúan con el MSI son: la **certeza** (adopción de una postura libre de dudas problemáticas), el **cambio** (habilidades para la solución de problemas y toma de decisiones), la **aceptación** (la capacidad de reconocer algunos eventos como normales, adoptar una postura realista y dejar de buscar cambiar las situaciones que se perciben negativas) así como el **crecimiento** (estado en el que la persona se siente en control de las situaciones que se le presentan, con mayor poder y eficacia que antes).

Los autores identificaron que algunos subgrupos de cuidadores primarios de pacientes con DM presentan mayores niveles de estrés asociados con dificultades para adaptarse al cambio, aceptar la situación que están viviendo y crecer como cuidadores responsables del bienestar de sus hijos. Los autores sugieren que es importante aplicar estrategias de evaluación que ayuden a identificar a personas con estas características y ofrecerles tanto educación en diabetes como otras intervenciones complementarias, ya que uno de los factores

clave en el éxito del tratamiento de la diabetes es que los involucrados se encuentren bien informados sobre los detalles de la enfermedad con la que se están enfrentando. De este modo se ayuda a disminuir el estrés y obtener mejores resultados con el cuidado del paciente en cuestión.

Ahora bien, una vez observado un ejemplo de evaluación y el uso que se le da a la información obtenida, es momento de revisar estrategias de intervención que otros autores han utilizado en casos de SCP.

Así pues, Yi-Frazier et al. (2017) realizaron una propuesta en la que aplicaron un programa de intervención llamado Promoviendo la Resiliencia en el Manejo de Estrés denominado PRISM (por sus siglas en inglés). El PRISM pretende desarrollar cuatro habilidades en los usuarios: 1) Manejo de estrés, 2) Establecimiento de metas y solución de problemas, 3) Reestructuración cognitiva y 4) Encuentro de significado. Lo aplicaron de manera individual en padres de hijos con DM1 y reportaron una buena aceptación e impacto entre sus usuarios, pese a identificar una alta tasa de deserción de su muestra, sugiriendo que un formato de menor duración reduciría la deserción en futuras intervenciones.

Por último, en el trabajo de Prevedini et al. (2020) proponen una terapia denominada Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), la cual se basa en un modelo terapéutico Cognitivo-Conductual contextual que los autores aplicaron en padres cuidadores primarios.

Pese a que el estudio se centra en cuidadores de niños con desórdenes del neurodesarrollo, se encontró que el modelo ha sido particularmente útil para **reducir la inflexibilidad psicológica** asociada con la angustia y el estrés parental en atención a otros padecimientos, al igual que lidiar con estrategias no efectivas

para el manejo del duelo o depresión reactiva ocasionada por la situación que los cuidadores están viviendo. Concluyeron que las intervenciones a nivel cognitivo y conductual para mejorar las estrategias de afrontamiento en los padres pueden ser de gran utilidad para reducir parte de los síntomas característicos de un cuidador con SCP.

Al mismo tiempo, se encuentra que la Psicoeducación es una de las herramientas con mayor presencia en los trabajos que plantean intervenciones para atender esta problemática (Viale et al., 2016). No obstante, los autores advierten que la Psicoeducación, pese a su gran uso por distintos autores, no debe ser la única herramienta a la cual se recurra; dado que significa que competencias como estrategias de afrontamiento quedan olvidadas. Por ello, insisten en la importancia de incorporar modelos de intervención como la Terapia Basada en la Solución de Problemas, la cual ha demostrado buenos resultados para atender problemáticas como el exceso de estrés. De modo tal que su uso sería de gran utilidad para tratar las problemáticas subyacentes del SCP. Coadyuvando así a reducir la sintomatología depresiva en cuidadores primarios, al igual que reducir sus pensamientos y sentimientos negativos.

A lo largo de este capítulo se ha realizado un breve repaso de las estrategias empleadas por distintos autores para inducir un cambio positivo en los usuarios con indicadores propios del SCP. Ahora, a partir de este punto se profundizará en las características y aplicaciones de dichas estrategias, con el fin de entender de qué manera se pueden utilizar como elementos independientes pero complementarios, que en conjunto ofrecen una propuesta de intervención integral para casos de SCP. No obstante, para entender esto es recomendable

conocer las consideraciones éticas a las cuales cualquier psicólogo en territorio mexicano debería atenerse al ejercer su profesión.

Es de este modo que, conforme a lo que establece la Sociedad Mexicana de Psicología (2009), cualquier psicólogo que contemple el uso de técnicas de intervención psicológicas debe hacerlo exclusivamente con aquellas técnicas con las cuales haya sido entrenado bajo supervisión y con suficiente experiencia previa (Artículo 30). De igual manera es importante la capacidad del psicólogo de identificar los casos en los que ciertas técnicas pueden no ser efectivas en lo absoluto, así como de aquellas que sí. Siempre considerando las características de cada usuario, como el sexo, edad, origen nacional, preferencias sexuales, idiomas hablados, nivel socioeconómico y demás rasgos individuales (art. 32). Sin mencionar que es fundamental que el psicólogo aplique únicamente aquellas técnicas que cuenten con un respaldo basado en evidencia científica (art. 31).

De esta forma se demuestra el alto nivel de responsabilidad, compromiso y por supuesto, de ética que se requiere para que un profesional en psicología realice intervenciones efectivas en sus usuarios.

### **3.2.1 Psicoeducación**

Según lo indicado por Montiel y Guerra (2016), la concepción de “Psicoeducación” en el ámbito de lo que los autores denominan como “salud mental” fue popularizado por Carol Anderson, Douglas Reiss y Gerard Hogarty. El objetivo principal era desarrollar estrategias más eficaces para disminuir el estrés de las familias con algún integrante diagnosticado con esquizofrenia, donde el punto central de la propuesta era la transmisión de **información**.

De este modo, la Psicoeducación se define como el “proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo” (Bulacio et al., 2004, p. 3).

Por consiguiente, la Psicoeducación es una importante estrategia de intervención que le brinda al usuario diferentes herramientas y conocimientos para entender y afrontar la situación en la que se encuentra.

**3.2.1.1 Características.** La Psicoeducación va más allá de simplemente proveer de información al usuario, que en este caso es el cuidador primario. De hecho, esta aproximación psicoterapéutica se puede dividir en dos modelos: 1) Los modelos de Psicoeducación basados en la información (Psicoeducación Informativa) y 2) Modelos de Psicoeducación enfocados en la conducta (Psicoeducación Conductual) (Colom, 2011). Por un lado, el autor indica que la Psicoeducación Informativa es breve, abarcando no más de seis sesiones y, lógicamente, se coloca como prioridad la transmisión de información acerca de la enfermedad de la persona que recibe los cuidados. Por otro lado, la Psicoeducación Conductual comprende un periodo más largo de intervención en comparación con el modelo anterior, ya que el cambio buscado es precisamente mayor y más complejo debido a que abarca aspectos como la regulación de hábitos, reestructuración de pensamientos relacionados con la enfermedad, manejo de síntomas y por supuesto, la proporción de información como tal. El autor asegura que la Psicoeducación no debe limitarse a proveer de información al usuario, sino que debe aspirar a desarrollar conductas que le ayuden a adaptarse mejor a las características de la enfermedad a la cual se enfrenta.

Si bien, ya se mencionó que uno de los objetivos de la Psicoeducación es proveer información concerniente tanto de la enfermedad del paciente como de las condiciones de vida del cuidador, que a mediano o largo plazo puede deteriorar su salud, es necesario ahondar acerca de las implicaciones que tiene esta acción en el proceso terapéutico. Por ello, Godoy et al. (2020) establecen que la información proporcionada al usuario debe ser información científica y actual, con suficiente evidencia para asegurar al usuario su veracidad y que garantice el abordaje satisfactorio de la enfermedad a la que se enfrenta junto con la persona a la que cuida. Por otro lado, los autores señalan que la Psicoeducación se basa en los siguientes pilares conceptuales:

- **Mejorar los conocimientos sobre la enfermedad del paciente:** Se plantea como uno de los objetivos centrales de la Psicoeducación el mejorar la adherencia al tratamiento del paciente. Por ello, al ofrecer tanto al cuidador como al mismo paciente información concisa acerca de los mecanismos de funcionamiento y síntomas del padecimiento con el cual conviven, se espera obtener una mejoría en las respuestas adaptativas y conductas de cuidado tanto en el cuidador como en el paciente.
- **Mejorar la actitud y comportamiento frente a la enfermedad:** La importancia de este aspecto radica en que el paciente, al mejorar la comprensión de su padecimiento, también mejora su actitud y se desarrolla un sentimiento de empatía hacia los tratantes y cuidadores que lo rodean. Facilitando así la colaboración eficaz entre especialistas del equipo biomédico que atienden la salud del paciente, los cuidadores y el paciente mismo. Asimismo, este pilar es con el que se promociona el cambio de la

visión que se tiene sobre el padecimiento, ya que se estimula la expresión de inseguridades y temores en un ambiente de contención emocional, provocando una disminución de dificultades psicológicas en el paciente y mejorando el manejo de la enfermedad.

- **Aumentar su estado de salud y calidad de vida:** Por último, la Psicoeducación permite el desarrollo de estrategias que permiten prevenir patologías derivadas del estrés en cuidadores y en el paciente mismo. A su vez y, como se comentó en el inciso pasado, la Psicoeducación facilita la disminución de malestares emocionales, físicos y sociales; obteniendo así una mejoría en la salud integral de los usuarios. No obstante, es imperativo que se realice un ajuste de expectativas, haciendo aclaración tanto de las posibles consecuencias del padecimiento, como de los costos y logística que conlleva vivir con la enfermedad. Esto también ayuda a disminuir los niveles de estrés y ansiedad, debido a que la percepción de incertidumbre se reduce y se mantiene un ambiente positivo.

En otro orden de ideas, al hablar sobre la efectividad de la Psicoeducación para mejorar la calidad de vida de los usuarios que la reciben (tanto de los cuidadores como de los pacientes), Zhao et al. (2015) tras una revisión sistemática en la que incluyeron 20 estudios en los que la Psicoeducación figuró como parte fundamental de diversas intervenciones, encontraron que se registraba una disminución significativa de recaídas a corto plazo, aunque a largo plazo los resultados no fueron tan favorecedores. Sin embargo, también pudieron comprobar que la Psicoeducación es efectiva en la disminución de ansiedad y depresión severas, porque propicia mejoría en las habilidades sociales de los

pacientes. Aunque, como única estrategia de intervención no genera cambios significativos en la calidad de vida de los usuarios.

Por otro lado, al hablar de la efectividad de la Psicoeducación en cuidadores primarios, tras diseñar y aplicar un programa psicoeducativo para cuidadores primarios de adultos mayores con demencia, Espín (2011) reportó una mejoría significativa en su muestra, concluyendo que su intervención fue efectiva por los siguientes tres motivos: 1) Los conocimientos y habilidades de la muestra aumentaron, 2) la carga y consumo de medicamentos por parte de los cuidadores disminuyó y 3) la conducta del paciente mejoró junto con la calidad de los cuidados brindados por el cuidador primario.

De este modo, se puede concluir que si bien, la Psicoeducación es una estrategia importante y efectiva por partes iguales para obtener un cambio favorecedor en los repertorios conductuales y en el manejo de las emociones de los cuidadores y pacientes, también es verdad que esta no debe ser la única estrategia empleada como intervención. Debe ser acompañada de habilidades adicionales para obtener mejores resultados.

**3.2.1.2 Ejemplos.** En este apartado se presentarán tres artículos que servirán como ejemplo del modo en que la Psicoeducación se ha empleado en intervenciones realizadas en casos de cuidadores de personas con DM u otro tipo de padecimientos.

Para comenzar, Gutiérrez et al. (2014) realizaron una intervención psicoeducativa orientada a familiares de personas con algún trastorno alimentario. Los **objetivos** del estudio fueron:

1) determinar el nivel de satisfacción y de aceptación por parte de los familiares con los contenidos del programa; 2) explorar los cambios tras la intervención, tanto en los familiares . . . como en los pacientes . . . y 3) evaluar si los cambios se mantenían después de tres meses (Gutiérrez et al., 2014, p. 135).

En cuanto a su **metodología** indicaron haber realizado un estudio piloto, en el que sus **participantes** fueron 15 familiares y 14 pacientes. Algunos datos sociodemográficos de la muestra son los siguientes: La mayoría de los familiares son mujeres, madres, en matrimonio y con una edad media de 54.9 años. Por otro lado, los pacientes en su mayoría fueron mujeres jóvenes de 25.4 años en promedio, de las cuales la mayoría presentó un diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosas.

Los autores utilizaron diversos **instrumentos** en su estudio, algunos de los más importantes fueron: Cuestionario de Percepción de la Enfermedad-Breve, Cuestionario de salud general, Inventario de la Experiencia como Cuidador (Broadbent et al., 2003; Goldberg, 1992; Szmukler et al., 1996) y Escala de Impacto de los Síntomas de los Trastornos Alimentarios (Sepúlveda et al., 2008, como se citó en Gutiérrez et al., 2014).

Tras una evaluación inicial, el **procedimiento** descrito constó de seis sesiones-talleres de dos horas cada una, impartidas cada quincena durante tres meses, las seis sesiones estuvieron divididas en tres módulos: 1) El TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria), 2) Cómo se produce el TCA y 3) Tratamiento del TCA.

En la sesión 1 del primer módulo se hizo una presentación de los TCA, en la segunda platicaron acerca de las consecuencias de esta problemática de salud. En la sesión 3 abordaron el modelo multicausal del TCA y se resolvieron dudas y estigmas de este; en la sesión 4 se brindó información referente a los factores que mantienen la presencia de los TCA.

Finalmente, en las sesiones 5 y 6 se ahondó acerca de los tratamientos disponibles para combatir los TCA, en la sesión 5 se habló sobre las formas en que los cuidadores y familiares en general pueden apoyar al paciente con TCA y la sesión 6 se concentró en el papel de los profesionales en la atención de casos de TCA.

De acuerdo con los autores, los **resultados** fueron favorables, pues identificaron una mejoría en la experiencia subjetiva por parte de los cuidadores en cuestión a sus niveles de emoción expresada y el malestar psicológico. Asimismo, se reportaron mejoras por parte de los pacientes, dado que las conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación descendieron. Por lo que la intervención resultó ser efectiva tanto para cuidadores como para los pacientes. Con respecto al tema de interés que es la DM, Farahmandnia et al. (2017) realizaron una intervención psicoeducativa en familias con niños que viven con DM1.

El **objetivo** del estudio fue “Investigar el efecto de la Psicoeducación familiar sobre la carga del cuidador impuesta a las familias de adolescentes con diabetes tipo 1 que derivan a la clínica de diabetes de Golestan en la ciudad de Ahvaz” (Farahmandnia et al., 2017, p. 1).

La **metodología** presentada por los autores señala que realizaron un estudio clínico, bajo un diseño pretest-postest. Los **participantes** fueron seleccionados de manera aleatoria, dando como resultado una muestra de 40 familias que contaban con un adolescente de entre 12 y 19 años diagnosticado con DM1 (20 familias fueron designadas para conformar el grupo control y las 20 restantes para el grupo experimental), así como un familiar que tuviera mayor contacto con el adolescente con el padecimiento.

Para medir la sobrecarga del cuidado familiar (lo equivalente a la sobrecarga del cuidador) emplearon como **instrumento** denominado Información demográfica y escala de impacto familiar de la diabetes (DFI-S, por sus siglas en inglés). Con el cual midieron la carga percibida por la familia, así como otros datos sociodemográficos de la muestra.

El **procedimiento** de la intervención se dividió en ocho sesiones de 90 minutos cada una, dos veces por semana. El grupo experimental recibió las sesiones de Psicoeducación además de cuidado rutinario, mientras que el grupo control solo recibió sesiones de cuidado rutinario (medición de glucosa, revisión de extremidades del cuerpo, adherencia a la dieta, Etc). El eje temático de las sesiones de intervención con el grupo experimental abordó la introducción de los objetivos del programa, manejo de la enfermedad, conflictos familiares, riesgo de la enfermedad, habilidades para controlar la diabetes, monitoreo de la glucosa y estudios periódicos necesarios.

Como **resultados** y conclusión, los autores afirman que la Psicoeducación familiar puede ayudar a mejorar las estrategias de afrontamiento tanto de familiares cuidadores como de los propios adolescentes con DM1. Ayudando a su

vez a reducir la sobrecarga del cuidador percibida por los CP, además de coadyuvar a reducir los costos del tratamiento y de hospitalización, así como aumentar la calidad de los cuidados del hogar.

Para finalizar, Pérez (2018) realizó una intervención de corte psicoeducativo en cuidadores de adultos mayores (AM) con DM2.

Su **objetivo** fue:

Implementar un tratamiento psicoeducativo basado en la Biblioterapia denominado BIBLIOFAM, para mejorar la calidad de vida y autoeficacia del AM, regular la sobrecarga del CP, así como el desarrollo de una configuración familiar más funcional que repercuta en el cuidado y atención del AM (Pérez, 2018, p. 2).

El diseño de la **metodología** se basó en un estudio de caso único con réplica o N=1. El autor utilizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, además de apoyarse del procedimiento bola de nieve para la selección de la muestra.

Los **participantes** fueron cinco familias con un familiar de 60 años o más diagnosticado con DM2 y bajo el cuidado de un familiar o su pareja. Asimismo, se requirió de dos familiares adicionales, los cuales debieron estar designados por la propia familia, con la diferencia de que estos no tenían que haber ejercido el papel de CP en el pasado.

Entre los **instrumentos** utilizados en la investigación destacan: Entrevista de Carga del Cuidador Zarit, Evaluación de Calidad de Vida en Población de Adultos Mayores en México, Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos Mexicanos y la Escala de Funcionamiento Familiar (Montorio et al.,

1998; González – Celis et al., 2009; González-Celis, 2009; García, et al., 2006, como se citaron en Pérez, 2018).

El **procedimiento** se dividió en las siguientes etapas:

- Entrenamiento de las terapeutas, donde el objetivo fue dar a conocer la perspectiva Psicogerontológica del envejecimiento y la complejidad del mismo.
- Autorización de la institución para realizar la intervención.
- Aplicación de la BIBLIOFAM, la cual se realizó mediante lectura dirigida y discusión grupal. Se compuso de tres etapas: (1) evaluación para la recolección de datos generales y socioeconómicos de la familia, (2) intervención para establecer cambios para una configuración familiar funcional, con sesiones para discutir, aprender e integrar el conocimiento de las lecturas y (3) finalmente, un seguimiento a los usuarios.

Los **resultados** mostraron cambios favorables en los indicadores metabólicos, la calidad de vida y la autoeficacia. Sin embargo, en la configuración familiar y el desgaste del cuidador (SCP) no hubo cambios significativos. Por lo que concluyeron que era necesario reevaluar la intervención para cubrir de manera satisfactoria con los indicadores que no resultaron beneficiados, como los dos previamente mencionados.

Tras la revisión de estos ejemplos, a excepción de Pérez (2018), se concluye que la Psicoeducación es efectiva para disminuir los síntomas relacionados con el SCP, pues dos de los tres estudios brindaron evidencia suficiente para asegurar que puede resultar útil para mejorar la calidad de vida tanto de cuidadores primarios como de los pacientes. Sin embargo, con base en

Pérez (2018) es pertinente reiterar que la Psicoeducación no siempre es capaz de abarcar todos los objetivos terapéuticos, es decir que si bien, informar a los usuarios sobre el padecimiento al cual se enfrentan es importante, el desarrollo de competencias necesarias no siempre se adquiere tras recibir la información pertinente. Por lo que se necesita desarrollar las competencias faltantes mediante estrategias que complementen el tratamiento planteado en cada caso.

### ***3.2.2 Estrategias para el Manejo de Estrés***

Para comenzar, es necesario definir el concepto de “estrés”. Por un lado, Lazarus y Folkman (1984) sugieren que “El estrés psicológico es una relación particular entre la persona y el entorno que la persona considera que agota o excede sus recursos y pone en peligro su bienestar” (p. 19).

Por otro lado, para Sierra et al. (2003) el estrés es un proceso adaptativo en el que el organismo reacciona a estímulos ambientales o pensamiento e interpretaciones del individuo en relación con el ambiente, ante los cuales se percibe amenazado. Estas reacciones pueden ser tanto fisiológicas (sudoración, temblores, malestar físico, aumento en la temperatura corporal) como psicológicas (pensamientos negativos o dificultad para dormir). Los autores indican que el sentir estrés no es negativo en sí, pues junto con la ansiedad, el estrés resulta ser un rasgo distintivo de todos los organismos, un mecanismo de defensa. Sin embargo, los problemas surgen cuando el estrés se vuelve presente de manera constante en la vida de las personas, ya que se pueden desarrollar problemas de salud subsecuentes tanto a nivel psicológico (trastornos del sueño, alimentarios, de ansiedad, Etc.) como físico (problemas cardíacos, asma, alteraciones de los sistemas gastrointestinal e inmune, entre otros).

Debido a lo anterior, la búsqueda de estrategias para controlar el estrés en las personas ha sido una labor apremiante para diversas disciplinas de la salud como la psicología y la medicina. Bajo esta premisa, Amutio (2002) señala que las **Técnicas de Relajación** son las herramientas que se usan con mayor frecuencia para cumplir este objetivo. Gracias a que su eficacia para reducir los niveles de estrés en las personas ha sido comprobada, es cada vez más común que el uso de estas técnicas se expanda y surjan nuevas investigaciones para conocer todos los beneficios que la relajación aporta a la salud de las personas.

En el mismo orden de ideas, Benson et al. (1975) afirman que las técnicas de relajación funcionan gracias a un proceso denominado “Respuesta de relajación”. La lógica detrás de este concepto es la siguiente: La respuesta de estrés provoca reacciones fisiológicas como las ya mencionadas por Sierra et al. (2003), mientras que las técnicas de relajación adoptan un papel contrario a estas respuestas, provocando la disminución de frecuencia cardiaca, de aumento de temperatura corporal y de sudoración, esta disminución de las reacciones fisiológicas llega a facilitar la reducción de activación cognitiva.

Para esclarecer esto último cabe recuperar el concepto “Inhibición Recíproca”, mencionado por Joseph Wolpe al proponer la Desensibilización Sistemática en 1958. De acuerdo con Vallejo-Slocker y Vallejo (2016), la Inhibición Recíproca se basa en el principio de que la relajación y la respuesta de ansiedad son biológica y psicológicamente hablando, contrarias entre sí. Esto indica que a nivel fisiológico la relajación inhibe las respuestas ansiosas del organismo, aunque lo mismo ocurre de manera inversa. De esta forma se entiende la importancia de

las técnicas de relajación para disminuir las respuestas fisiológicas de ansiedad y de estrés.

Ahora que se conocen las generalidades de las Técnicas de Relajación y su forma de actuar sobre el organismo, en el próximo apartado se conocerán algunas técnicas concretas de relajación y los detalles para su ejecución.

**3.2.2.1 Características.** Con el fin de comprender los postulados teóricos de las Técnicas de Relajación es conveniente entender en qué consiste relajarse. Hay diversas discusiones en torno a este tema, sin embargo, Payne (2005) afirma que la relajación en psicología no debe verse como un estado de inactividad. De hecho, la autora indica que la relajación va más allá de esto, ya que se deben contemplar tanto la dimensión **fisiológica** como la **psicológica**. Por un lado, la dimensión fisiológica aborda la tensión y relajación de diferentes partes del cuerpo pertenecientes ya sea a los sistemas nervioso autónomo, endocrino, muscular u óseo. Por otro lado, la autora plantea que la dimensión psicológica consiste en la intervención a nivel cognitivo y conductual y a su vez, esta va a la par de la fisiológica, promoviendo en el usuario la capacidad de entrar en un estado de relajación.

Es así que, bajo esta premisa, los mejores resultados se obtendrán al aplicar ambas estrategias por igual y no de manera aislada. Considerando esto, la autora indica que las técnicas de relajación tienen tres objetivos los cuales responden a las necesidades del usuario tanto a nivel fisiológico como psicológico:

- Prevenir el desgaste y daño de los órganos y sistemas del cuerpo relacionados con la presencia de estrés.

- Facilitar el alivio del estrés derivado de enfermedades relacionadas con él, tales como la hipertensión, insomnio y asma, entre otras.
- Una estrategia para enfrentar dificultades, promoviendo el pensamiento crítico en la solución de problemas.

Respecto al uso que se les da a las técnicas de relajación, Blanco et al. (2014) comentan que es en el ámbito clínico donde estas técnicas son más empleadas. La hipótesis que los autores plantean para explicar esto es que tres cuartas partes de la población atendida presenta alteraciones en los niveles de activación fisiológica, incluso si el problema por el cual acudieron originalmente a consulta psicológica no está relacionado con algún trastorno relacionado con la activación anormal a nivel fisiológico.

Adicionalmente, Ruíz et al. (2012) señalan que hay ciertas consideraciones importantes respecto a las Técnicas de Relajación. Una de estas consideraciones es que la efectividad de las técnicas será mayor siempre que la persona se encuentre en un lugar tranquilo y vistiendo ropa cómoda. Asimismo, por parte del terapeuta se requiere que sus instrucciones sean claras y concisas, acompañadas de una voz suave y que exprese calma. De igual modo es importante que el terapeuta haya desarrollado estrategias puntuales para la aplicación de las técnicas de intervención. Dichas estrategias, de acuerdo con Bados y García (2011) son amplias. Desde habilidades básicas como la empatía y escucha activa, hasta habilidades más complejas como la atención al detalle al discurso del usuario, conocimiento de las capacidades y dificultades tanto físicas como psicológicas de cada usuario. Sin mencionar claro está, que entre mayor

entrenamiento y experiencia en el uso de diversas estrategias de intervención, mayor probabilidad de éxito habrá en el proceso terapéutico.

Otro aspecto mencionado por los autores es que las Técnicas de Relajación a pesar de haber mostrado su efectividad en la mayoría de las circunstancias, no siempre funcionan igual para todas las personas. Específicamente se aclara que aquellos usuarios de edad avanzada o con deterioro orgánico pueden requerir de adaptaciones específicas con base en su situación particular. Lo mismo puede ocurrir con niños, pues se requiere que cuenten con habilidades básicas, tales como seguimiento de instrucciones, concentración, lenguaje y motricidad tanto fina como gruesa. De otro modo la realización de las técnicas de relajación puede complicarse significativamente.

A continuación, Ruíz et al. (2012) dividen las técnicas de relajación en tres categorías: a) Relajación Progresiva, b) Relajación Autógena y c) Técnicas de Respiración.

**Relajación Progresiva:** Edmund Jacobson fue el primero en proponer esta técnica de relajación, la cual consiste en la tensión y distensión de varios grupos musculares en el cuerpo con el fin de eliminar las contracciones musculares e inducir un estado de relajación profunda. El procedimiento general tiene dos variaciones, la primera indica el trabajo de **16 grupos** musculares, la segunda variación trabaja únicamente con **cuatro grupos** musculares.

Los 16 grupos musculares de la primera variante se muestran en la **tabla 1**.

Mientras que en la segunda versión sólo se realiza la tensión y distensión de: 1) Brazos, 2) Tronco, 3) La cara y el cuello, 4) Piernas y pies.

**Relajación Autógena:** Desarrollada por el neurólogo Johannes Heinrich Schultz en 1931, este tipo de relajación se da gracias a la capacidad de algunas personas de relajarse mediante representaciones mentales de sensaciones físicas. La relajación se alcanza a través del sistema nervioso autónomo y las sensaciones involucradas son de **peso y calor** en diferentes partes del cuerpo. Como consideración debe mencionarse que la adecuación y utilidad de la relajación autógena varía dependiendo de las características de cada persona, por lo que se deben contemplar la motivación, personalidad e incluso la capacidad de autosugestión de cada usuario.

Schultz describió en su procedimiento diversos ejercicios de relajación pasiva que involucran la sensación de: Peso en brazos y piernas, calor en brazos y piernas, movimiento del corazón, autonomía en la respiración, calor abdominal interno y la diferencia de temperatura entre la frente y el aire del ambiente. Asimismo, estos ejercicios deben acompañarse de formulaciones cortas y precisas que el usuario repetirá internamente. Las formulaciones deben ser frases sencillas de recordar y de repetir durante todos los ejercicios.

Por último, la relajación autógena se divide en dos ciclos o grados: 1) **Grado inferior** y 2) **Grado superior**. Por un lado, el grado inferior se utiliza principalmente para estimular la relajación mediante los ejercicios ya descritos. Por otro lado, el grado superior se encarga de tratar de solucionar o mitigar los problemas que presente el usuario mediante la autosugestión. Para poder emplear el grado superior es necesario dominar la relajación, es decir, el grado inferior. Los ejercicios del grado superior suelen involucrar la imaginación del usuario, como podría ser el solicitarle que imagine colores, objetos concretos, imaginar

situaciones específicas o plantearse propósitos relacionados con el proceso terapéutico.

Finalmente se tienen las **Técnicas de Respiración**. La respiración constituye un conjunto de técnicas antiguas cuyo origen se sitúa en varios países asiáticos, donde la meditación adquirió un importante papel para alcanzar un estado de relajación profunda. En la actualidad se conocen de tres tipos de respiración:

1. Respiración Costal, que es el tipo de respiración más común y superficial, pero también el menos saludable. Ya que todo el aire queda en la parte superior de la caja torácica, evitando que el aire se distribuya en el resto de músculos del cuerpo.
2. Respiración Diafragmática. Es el tipo de respiración más adecuado fisiológicamente hablando. Ya que se genera una gran movilidad de las costillas inferiores y el abdomen superior, además de que el diafragma participa activamente y el aire se distribuye mejor por el organismo.
3. Respiración Abdominal, donde el tórax se queda inmóvil y el abdomen es el que presenta mayor movimiento.

### **Tabla 1**

*Los 16 grupos musculares involucrados en la relajación progresiva*

1. Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
2. Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón

3. Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño dominante
4. Brazo no dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
5. Frente	Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente
6. Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
7. Boca	Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua
8. Cuello y garganta	Empujar la barbilla contra el pecho, pero hacer fuerza para que no lo toque
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda	Arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre sí
10. Región abdominal o estomacal	Poner el estómago duro y tenso
11. Muslo dominante	Apretar el muslo contra el sillón
12. Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba
13. Pie dominante	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo
14. Muslo no dominante	Apretar el muslo contra el sillón
15. Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba
16. Pie no dominante	Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo

*Nota.* Información adaptada de Ruíz et al., 2012 (<https://capacpsico.com.mx/wp->

content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf). Recuperado el 15 de julio de 2023.

**3.2.2.2 Ejemplos.** Ahora que se describieron los detalles teóricos de las técnicas de relajación, los siguientes tres artículos proveerán un panorama general de las aplicaciones y resultados al utilizar técnicas de relajación en un contexto real.

Choi (2010) indica que el **objetivo** de su estudio fue:

Examinar los efectos de la música, la relajación muscular progresiva (RMP) y la música combinada con la relajación muscular progresiva en la reducción de la ansiedad, la fatiga y la mejora de la calidad de vida en los cuidadores de Cuidados Paliativos Familiares (p.1).

En cuanto a la **metodología** el autor realizó un pre-postest en el que se midieron la ansiedad y fatiga durante cada sesión, mientras que la calidad de vida se midió solo al inicio y al final del estudio. Los **participantes** fueron 32 cuidadores primarios, divididos aleatoriamente en cuatro grupos (grupo control, grupo exclusivo de música, grupo exclusivo de RMP y grupo que recibió tanto tratamiento de música como RMP en conjunto).

Los **instrumentos** que se ocuparon para el estudio fueron Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) para medir los niveles de ansiedad, la Escala analógica visual de Fatiga (FVAS) para medir el nivel de fatiga del cuidador primario y el Índice de Calidad de Vida del Cuidador-Cáncer (CQOLC) se usó para medir la calidad de vida de los cuidadores primarios durante la primera y última sesión.

El **procedimiento** consistió en dividir aleatoriamente a los participantes en los cuatro grupos mencionados previamente, posteriormente en un total de cuatro sesiones de 30 minutos cada una dos veces por semana durante dos semanas.

Los **resultados** mostraron diferencias significativas entre los datos recolectados antes y después de la intervención. Sin embargo, el autor señala que no hubo diferencias significativas entre los cuatro grupos. Se considera que estos resultados, aunque favorables, pudieron verse afectados por la pequeña muestra con la que se trabajó. Por lo que se concluyó tomar los resultados con precaución y realizar investigaciones con una muestra más grande.

Por otro lado, Yilmaz et al. (2019) realizaron un estudio cuyo **objetivo** fue “Investigar el efecto de la relajación muscular progresiva sobre la carga del cuidador y el nivel de depresión entre los cuidadores de pacientes mayores con un accidente cerebrovascular” (p. 1).

Al Hablar de la **metodología** se reporta un estudio experimental controlado aleatorio en el que se tuvieron como **participantes** 44 cuidadores primarios de personas que hayan tenido ataques cerebrovasculares. La muestra se dividió en dos grupos: el grupo que recibió la intervención (23 participantes) y el grupo control (21 participantes).

Los **instrumentos** utilizados en este estudio fueron la Escala de Carga del Cuidador de Zarit (ZCBS); y la Escala de Depresión de Beck (BDS). El **procedimiento** redactado indica que primero aplicaron los dos instrumentos en ambos grupos, posteriormente el grupo del entrenamiento en la relajación muscular progresiva recibió audios con instrucciones para aprender la técnica, al igual que capacitaciones personalizadas en caso de que alguno lo requiriera.

Después de practicar los ejercicios tres veces a la semana durante ocho semanas volvieron a aplicar los instrumentos para recabar la nueva información.

Los **resultados** señalan dos conclusiones destacables: la primera, que el grupo de intervención mostró una disminución estadísticamente significativa en la sobrecarga y la depresión del cuidador. Y la segunda que al comparar los resultados entre el grupo de intervención y el grupo control, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El último estudio por revisar presenta como **objetivo** el “Demostrar la efectividad de tres técnicas cognitivas conductuales, dos de relajación y una de intervención, para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes preoperatorios y hospitalizados, así como en sus cuidadores” (Porrás et al., 2020, p. 1). La **metodología** empleada fue un diseño cuasiexperimental pre-postest y de tipo mixto. Esto, debido a que el tipo de variables utilizadas fueron tanto cualitativas como cuantitativas.

Los **participantes** fueron 155 usuarios de los cuales 94 fueron pacientes y 61 cuidadores primarios. Los **instrumentos** empleados fueron Tabla de Indicadores de Ansiedad, Cuestionario Tiempo de Espera y Sufrimiento y la Escala de Bienestar.

Por otro lado, el **procedimiento** comenzó con la aplicación de los cuestionarios: Cuestionario de Tiempo de Espera y Sufrimiento y la Escala de Bienestar de Ramón Bayés para determinar los niveles de ansiedad, estrés y bienestar físico de los usuarios. Después se aplicó a los cuatro grupos de la muestra la Técnica de Respiración 4-7-8, seguido de las técnicas Metáfora del Árbol y Lugar Favorito para concluir con la técnica de Reestructuración Cognitiva

para modificar los pensamientos irracionales tanto de los pacientes como de los cuidadores primarios. Los usuarios concluyeron con la aplicación del postest, aunque no se especifica cuánto tiempo transcurrió entre el pre y el postest.

Los **resultados** indicaron que los niveles de ansiedad disminuyeron significativamente con la aplicación de las técnicas y los autores concluyeron que la intervención fue satisfactoria. Sin embargo, aunque estadísticamente se haya encontrado una mejoría entre el pre y el postest, hubiera sido conveniente que los autores hicieran la distinción de qué técnicas fueron más efectivas para cumplir con el objetivo de la intervención. Debido a que las técnicas utilizadas no fueron de la misma corriente psicológica (unas fueron de la Terapia Cognitivo Conductual y otras desde una perspectiva Ericksoniana), se considera que el no tener clara la efectividad de cada tipo de técnica limita en sobremanera la formulación de una conclusión sólida respecto a los resultados obtenidos.

### ***3.2.3 Terapia en Solución de Problemas***

Con base en lo indicado por Areán (2000), la Terapia en Solución de Problemas (abreviada TSP) se fundamenta en los principios del aprendizaje social. Esto quiere decir que las personas reaccionan a las situaciones que se les presentan en su vida con base en las experiencias sociales previas que hayan vivido y, a partir de esto, manejan sus vidas acorde a las habilidades que hayan desarrollado anteriormente. Por consiguiente, como cualquier otra conducta aprendida, las habilidades se pueden modificar o desarrollar para que resulten funcionales para el usuario, logrando reducir el estrés en la persona cuando se enfrenta a situaciones amenazantes.

Adicionalmente, Ruíz et al. (2012) afirman que la TSP es una estrategia que busca incrementar o desarrollar las herramientas del individuo para resolver las situaciones estresantes en su vida; así como de identificar las estrategias de afrontamiento más efectivas.

Los autores mencionan un proceso cognitivo-conductual denominado Proceso de Solución de Problemas (PSP), en el cual el individuo trata de identificar las posibles soluciones a los problemas cotidianos que se le presenten. Esto es considerado un metaproceso, debido a que se trabajan estrategias como la comprensión, valoración y adaptación a situaciones estresantes en general.

**3.2.3.1 Características.** García et al. (1999) afirman que la TSP se basa en cuatro objetivos: (1) Ayudar a los usuarios a identificar en el plano psicológico su malestar, (2) Enseñar a los usuarios a detectar sus recursos y habilidades disponibles para enfrentar las situaciones adversas a las que se exponen, (3) Enseñarles un método sistemático para enfrentar sus problemas actuales y (4) Que este método les ayude a enfrentar los problemas futuros que se les presenten.

Los autores también aseguran que la TSP al ser una terapia que no requiere de altos niveles de especialización resulta ser asequible de aprender y de aplicar, a la vez que puede considerarse una opción breve y factible de desprofesionalización desde la Psicología hacia otros campos del conocimiento.

La aseveración anterior es apoyada por Ruíz et al. (2012), quienes además de lo expuesto por García y colaboradores, añaden que la TSP al ser una clase de terapia altamente estructurada, sistemática y directiva que permite obtener buenos resultados en un lapso de cuatro a doce sesiones de tratamiento. Asimismo, los

autores indican que, a pesar de la sistematización distintiva de esta terapia, es flexible en cuanto a su método y al establecimiento de objetivos terapéuticos. La flexibilidad mencionada se ve reflejada en características como aplicarse de manera individual o grupal, además de la posibilidad de ser un tratamiento exclusivo o formar parte de uno más amplio.

En otro orden de ideas, Areán (2000) afirma que la TSP no es una sola habilidad aislada, sino un conjunto de habilidades que interactúan para proveer al usuario la seguridad de enfrentarse eficazmente a un problema. Es así que los autores enlistan las cinco habilidades que conforman la estrategia de Solución de Problemas:

1. **Orientación hacia el problema**, indicando la capacidad que uno tiene para enfrentarse a un problema.
2. **Definición del problema**, haciendo referencia a la acción de definir específicamente el problema en cuestión y al establecimiento de objetivos posibles de alcanzar.
3. **Generación de soluciones alternativas**, etapa en la que el individuo muestra su creatividad para imaginar y planificar opciones de solución al problema que está planteando.
4. **Toma de decisiones**, que es el proceso sistemático que se lleva a cabo para evaluar de manera efectiva las alternativas generadas en el paso anterior y proceder a decidir cuál es la opción más idónea para afrontar el problema; finalmente la habilidad número.
5. **Puesta en práctica y evaluación de la solución elegida**, que tal y como su nombre sugiere se trata de ejecutar la posible solución que se planificó y

posteriormente evaluar qué tan efectiva fue dicha solución ante el problema.

Por su parte, D´Zurilla y Nezu (2010) destacan la importancia de diferenciar entre dos conceptos comúnmente confundidos entre sí, ya que requieren de procesos y habilidades distintas: “solución de problemas” y la “implementación de soluciones”. Los autores indican que el primer concepto hace referencia al proceso en el que el individuo descubre posibles soluciones a diversos problemas a los cuales se tiene que enfrentar, mientras que el segundo concepto consiste en llevar a cabo las opciones de solución para enfrentarse al problema. La importancia de la diferenciación entre ambos procesos recae en el hecho de que algunas personas tienen pobres habilidades para solucionar problemas pero un buen nivel de habilidades para implementar soluciones o por el caso contrario. Por consiguiente, se puede concluir que la solución de problemas y la implementación de soluciones no están correlacionadas entre sí.

**3.2.3.2 Ejemplos.** La TSP es aplicable en una amplia variedad de escenarios, en el ámbito de la salud no es la excepción, tal y como se muestra en los tres siguientes ejemplos.

Rangel et al. (2013) llevaron a cabo un estudio cuyo **objetivo** fue:

Evaluar la viabilidad y eficacia de una intervención basada en la terapia de solución de problemas sobre la adquisición de habilidades de autocuidado, la calidad de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva de cuidadores primarios de pacientes que reciben cuidados paliativos (p. 367).

La **metodología** del estudio se basó en un diseño N=1, específicamente un diseño AB. En este caso, “A” representó la serie de conductas y malestares de los

participantes durante la intervención, mientras que “B” la comprobación de la intervención. Los **participantes** involucrados en esta investigación fueron 13 cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos. Por otro lado, los **instrumentos** ocupados fueron los siguientes: La Escala de Calidad de Vida (WHOQoL- Bref) y el Inventario de Ansiedad de Beck.

El **procedimiento** se dividió en cuatro etapas: 1) Reclutamiento, donde se consiguieron a los participantes que conformaron el estudio. 2) Evaluación inicial, en el que se aplicaron la entrevista general y los instrumentos a modo de pre-test. 3) Intervención, la cual abarcó dos sesiones individuales una vez por semana con una duración de 90 minutos. La intervención estuvo conformada a su vez por tres etapas o subetapas, donde la primera se centró en dar Psicoeducación a los usuarios respecto al bienestar emocional y su relación con la calidad de vida; la segunda etapa se hizo una revisión de diversos casos en los que diferentes cuidadores explicaban sus problemas y cómo los solucionaron; en la tercera y última etapa se aplicaron las estrategias en solución de problemas para que los usuarios las aprendieran e implementaran en su vida. 4) Evaluación final y seguimiento, etapa que marca el final de la intervención tras aplicar nuevamente los instrumentos de evaluación de la segunda etapa.

Los **resultados** indican que a pesar de que solo una persona de las trece involucradas en el estudio terminó el tratamiento, los resultados mostraron eficacia en la reducción de ansiedad y la mejora en la calidad de vida de la cuidadora primaria que sí concluyó el procedimiento. Sin embargo, los autores también reportaron que no hubo una mejoría significativa en la sintomatología depresiva.

Con todo lo reportado, concluyeron que la TSP es efectiva, aunque la estrategia de implementación no fue la mejor por parte de los investigadores.

El segundo ejemplo fue una intervención para prevenir la depresión en cuidadores primarios mediante el uso de la TSP. El **objetivo** de acuerdo con Vázquez et al. (2013) fue “Evaluar la eficacia de una intervención breve para la prevención indicada de la depresión en mujeres cuidadoras con altos niveles de síntomas depresivos” (p. 88).

La **metodología** seguida fue una prueba controlada aleatorizada a modo de pre pos-test en la cual los **participantes** fueron 173 cuidadoras primarias informales que hayan sacado un resultado de 16 o mayor en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

Los **instrumentos** que usaron fueron: 1) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, 2) Versión en español del Cuestionario General de Salud para evaluar la angustia emocional de los usuarios y 3) La carga del cuidador fue evaluada con la Entrevista de la Carga del Cuidador.

El **procedimiento** reportado indica que los autores realizaron un estudio piloto basado en el modelo de Solución de Problemas. Los autores dividieron a la muestra en dos grupos (grupo de Solución de problemas y grupo de Cuidado usual). La intervención del primer grupo se realizó a lo largo de cinco sesiones de una hora y media aproximadamente, donde se abordaron temas como el concepto de depresión, la solución de problemas y su modelo, así como un entrenamiento basado en la TSP. La intervención fue realizada en centros de salud cercanos a las participantes. Las sesiones

fueron grabadas y observadas por un clínico especialista mientras que otro supervisaba a los terapeutas realizando la intervención. Por su parte el grupo de Cuidado usual no recibió ningún tipo de tratamiento, simplemente tuvieron acceso a los servicios de salud y de apoyo usuales que estuvieran disponibles en su zona.

Los **resultados** mostraron una disminución significativa de la sintomatología depresiva en el primer grupo al igual que una disminución importante de los niveles de angustia y carga de cuidador, las cuales fueron las variables con las que trabajaron los autores del estudio. Por lo que se concluye que la intervención basada en TSP muestra resultados positivos en una intervención a corto plazo.

Por último, se presenta el estudio de Fernández et al. (2018), cuyo **objetivo** fue “Evaluar los efectos de un programa de intervención basado en el modelo de solución de problemas sobre la percepción de sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales de pacientes con enfermedad renal crónica” (p. 253).

La **metodología** utilizada fue un estudio cuasiexperimental con pre y pos-test sin aleatorización. Los **participantes** fueron 21 cuidadores primarios informales (85.7% mujeres y 14.3% hombres) de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC). Los criterios de inclusión fueron que el participante fuera el cuidador principal del paciente y que no recibiera una paga por su labor.

Los **instrumentos** reportados fueron 1) Inventario de Ansiedad de Beck para medir los niveles de ansiedad, 2) Inventario de Depresión de

Beck para medir la sintomatología depresiva y 3) la Escala de Sobrecarga del Cuidador que mide la frecuencia con la que el cuidador percibe consecuencias negativas en su vida a raíz de sus servicios como cuidador.

En cuanto al **procedimiento** se encuentra que iniciaron con la introducción al estudio, así como con la aplicación de instrumentos pre-test de forma grupal. Asimismo, y con la misma dinámica grupal, las sesiones subsecuentes consistieron en la aplicación del programa de intervención, con el fin de que los participantes aprendan y apliquen el modelo de solución de problemas en sus vidas. La intervención completa tuvo una duración de nueve sesiones de hora y media cada una. A esto le siguieron el pos-test y dos sesiones de seguimiento para verificar resultados. Dichos **resultados** mostraron una efectividad en el tratamiento, pues hubo una disminución en la percepción de la sobrecarga del cuidador, así como una disminución en la sintomatología depresiva y ansiosa de la muestra.

En este apartado se exploraron los pormenores de la TSP, con la intención de describir un panorama que permitiera entender las aplicaciones que esta estrategia puede ofrecer en los cuidadores de personas con diabetes. Sin embargo, no se encontraron estudios encaminados a la aplicación de la TSP en el tipo de población mencionada, tal y como se apreció en los ejemplos citados.

Una posible explicación de esto es que los intereses por parte de la comunidad científica van encaminados a desarrollar una independencia en el autocuidado y manejo de su enfermedad en los pacientes con DM. Se considera que esta explicación puede tener sentido, ya que a pesar de que

la DM es un padecimiento con potenciales complicaciones a largo plazo en la salud de aquellos que la padecen, también es cierto que la naturaleza de la enfermedad no se caracteriza por incapacitar a sus pacientes (al menos no en las etapas iniciales de la enfermedad), por lo que es comprensible que el papel de los cuidadores en las intervenciones se considere como secundario con el fin de priorizar el desarrollo de conductas de autocuidado y una independencia para el tratamiento de la enfermedad.

### **3.2.4 Terapia Cognitiva**

Se entiende por **Terapia Cognitiva** al enfoque terapéutico que abarca diferentes técnicas conductuales, verbales y emocionales; técnicas que inciden en la modificación de las cogniciones de las personas para obtener un cambio en la conducta manifiesta (Bados y García, 2010; González et al., 2017). En este sentido, las personas tienen ideas o creencias que favorecen la generación de malestar emocional y conductual (Carrasco y Espinar, 2008, como se citó en Bados y García, 2010). Las creencias irracionales se definen como todos aquellos pensamientos o afirmaciones que carecen de fundamento empírico o que objetivamente son irreales, pero, que el individuo percibe como reales y que por lo regular son sobregeneralizaciones derivadas de experiencias negativas que el individuo ha vivido en su vida (Wessler, 1990).

Por consiguiente, el problema principal recae en el sistema de creencias de los individuos, un sistema basado en ideas acerca de sí mismos y los diferentes elementos que componen su entorno. Dicho sistema de creencias se caracteriza por tres patrones de pensamientos: (1) Pensamientos falsos que distorsionan la realidad interpretada por el individuo, (2) Disfuncionales, ya que entorpecen el

alcance de metas y objetivos del individuo, además de ser potenciales desarrolladores de patologías y (3) Automáticos, denominados de esta forma ya que el individuo no está al tanto de su existencia ni del papel que desempeñan a nivel psicológico en su vida (Carrasco y Espinar, 2008).

En consecuencia, las técnicas empleadas en la Terapia Cognitiva buscan la modificación de todo pensamiento que genere malestar o disfuncionalidad en los individuos, tal sería el caso de la **reestructuración cognitiva**.

Sin embargo y retomando a Bados y García (2010), hay algunas consideraciones importantes que aclarar. Como el hecho de que la aplicación de esta técnica no es sencilla, pues demanda una gran experiencia y conocimiento por parte del terapeuta en los diferentes trastornos donde es aplicable la técnica, así como una capacidad creativa y rapidez considerable para identificar los momentos adecuados y las respuestas apropiadas durante las intervenciones. Sin mencionar que la efectividad de la reestructuración cognitiva es significativamente mayor cuando se acompaña de otras técnicas tanto cognitivas como conductuales.

**3.2.4.1 Características.** Hay diversas explicaciones teóricas sobre cómo los pensamientos son capaces de ocasionar diversos malestares en las personas. Respecto a esto, se encuentra que la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) propuesta por Albert Ellis en los años 50 establece mediante un esquema que las situaciones que las personas perciben aversivas no son las que producen malestar emocional, sino los pensamientos e interpretaciones que se realizan sobre ellas. Dicho esquema, denominado **A-B-C**, indica que los acontecimientos, sucesos o experiencias activadoras (A) son ocasionadas por las cogniciones

inapropiadas (B) que se tienen respecto al acontecimiento mencionado, provocando así los problemas emocionales y conductuales de los usuarios (C) (Ellis y Bernard, 1990).

De manera similar, Beck et al. (2010) establece que la terapia cognitiva sirve para delimitar y poner bajo un cuestionamiento las falsas creencias que las personas desarrollan a raíz de sus experiencias. Para lograr esto, Beck propone en su modelo dos productos cognitivos. El primero se conoce como (1) **Pensamientos Automáticos**, mientras que el segundo se llama (2) **Supuestos Subyacentes**, que hace referencia a las reglas que condicionan la forma en que se estructuran los significados de las experiencias del individuo. A su vez, los supuestos subyacentes se componen de las **Creencias Intermedias**, **Creencias Nucleares** y los **Esquemas**.

Por un lado, los pensamientos automáticos son aquellas cogniciones rápidas que se presentan de manera refleja y superficial ante la presencia de ciertas situaciones (Freeman y Oster, 2007). Por otro, en un nivel más profundo que los Pensamientos Automáticos (haciendo referencia a la accesibilidad y conciencia), están las ya mencionadas las creencias intermedias, que son las reglas, actitudes y supuestos aprendidos por el individuo a lo largo de su historia. Después están las Creencias Nucleares, caracterizadas por ser ideas fundamentales para el individuo. En otras palabras, son ideas que tienden a ser consideradas verdades absolutas respecto a sí mismo, las personas y el entorno en el que se desarrolla (Toro y Ochoa, 2010). Finalmente, los Esquemas son patrones cognitivos con cierta estabilidad, los esquemas permiten seleccionar,

organizar y categorizar la información, aprendizajes y experiencias del individuo (Freeman y Oster, 2007; Beck et al., 2010).

Por otro lado, Beck et al. (2010) mencionan errores en el procesamiento de la información. Estos errores, comúnmente denominados **Distorsiones Cognitivas**, se forman justamente a raíz de una adquisición errónea o disfuncional de la información por parte del individuo, pudiendo ocasionar malestar significativo y deterioro en la calidad de vida de este. Dichas distorsiones cognitivas son seis:

- **Inferencia arbitraria**, que se da cuando el individuo se adelanta a sacar conclusiones que carecen de evidencia suficiente que apoye o rechace la conclusión.
- **Abstracción selectiva**, que es cuando el individuo centra su atención en un detalle en particular (generalmente negativo y sacado de contexto), haciendo caso omiso al resto de características tanto positivas como negativas que pueden envolver la situación completa.
- **Generalización excesiva**, que como su nombre indica, hace referencia al proceso mediante el cual el individuo elabora una regla general o conclusión basada en hechos aislados y que no suelen ser suficientes para generalizar la situación en cuestión.
- **Maximización y minimización**, que ocurre cuando no se evalúa correctamente la magnitud de un hecho o experiencia.
- **Personalización**, cuando el individuo tiende a atribuirse los fenómenos que le rodean sin que haya fundamentos para hacerlo.
- **Pensamiento absolutista dicotómico**, el cual es la facilidad que se tiene para clasificar las situaciones que se viven en una o dos categorías

opuestas y que invisibilizan el resto de posibilidades para poder explicar el mismo fenómeno (bueno-malo, realizable-imposible de realizar, amigo-enemigo).

Finalmente, Camacho (2003) menciona que la terapia cognitiva destaca por ser un procedimiento **activo**, debido a que ambas partes involucradas (terapeuta y usuario) tienen roles establecidos y activos. **Directivo**, ya que el terapeuta es quien dirige las intervenciones a través de distintas técnicas durante el tratamiento. **Estructurado**, pues los pasos quedan establecidos con claridad desde el inicio y, por último, **breve**, dado que las estimaciones de la duración del tratamiento no rebasan las 30 sesiones. Adicionalmente, el autor establece que la terapia cognitiva, ya sea basándose en los supuestos teóricos de Ellis, de Beck o derivados de estos tienen el mismo objetivo, que es combatir los pensamientos nocivos de las personas y que provocan un malestar o disfuncionalidad. Por ello, no es pertinente establecer un modelo de intervención integrador, sino que se hace un recuento de las diversas estrategias o técnicas pertenecientes a diferentes modelos que ofrecen beneficios acordes al objetivo de la terapia; como lo son los modelos racionalistas que engloban técnicas tales como el Entrenamiento en habilidades de a) autocontrol, b) resolución de problemas, c) de afrontamiento. También se encuentran los modelos clásicos, haciendo referencia a una técnica ya mencionada: la reestructuración cognitiva.

Con esto se puede concluir que tanto Ellis como Beck, aunque presentan algunas diferencias puntuales en sus propuestas, son más las similitudes encontradas que dichas diferencias, ya que ambos proponen intervenciones

directivas, breves y activas, además de desarrollarse en un mismo marco histórico.

**3.2.4.2 Ejemplos.** La terapia cognitiva, como se ha visto a lo largo de este apartado, se basa en la aplicación de diferentes técnicas que buscan la modificación de las cogniciones de los usuarios, apoyadas de otras estrategias de modificación conductual.

Ahora, se expondrán algunos ejemplos de la implementación de la terapia cognitiva en cuidadores primarios con SCP.

Losada et al. (2015) realizaron una comparación entre el uso de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso para cuidadores primarios de parientes diagnosticados con demencia. El **objetivo** del estudio fue:

Analizar mediante un ensayo controlado aleatorio, la eficacia diferencial de dos terapias psicológicas para reducir los síntomas de depresión y ansiedad y para cambiar las variables de afrontamiento específicas (frecuencia de eventos placenteros, pensamientos disfuncionales y evitación experiencial) en cuidadores de familiares con demencia (p. 761).

En cuanto a la **metodología**, tal y como se puede apreciar desde el objetivo, consistió en un ensayo controlado aleatorio con una intervención de tipo pre-postest. Respecto a los **participantes**, los autores indicaron que la muestra estuvo conformada por 135 cuidadores de pacientes con demencia diagnosticada, los cuales fueron reclutados de Centros Sociales y de Salud y de anuncios en internet en el área de Madrid (España). Los participantes, además de ser cuidadores primarios debían presentar sintomatología depresiva.

Fueron numerosos los **instrumentos** empleados en el estudio, de estos se pueden destacar el CES-D para medir la sintomatología depresiva, la subescala tensión-ansiedad del Perfil de Estados de Ánimo para medir la ansiedad, también se midió la frecuencia del ocio con ayuda de una adaptación de la escala de Satisfacción del Tiempo Libre, entre otros instrumentos más.

El **procedimiento** señala que tras la selección de la muestra se dividieron aleatoriamente en grupos [Grupo control (48), Terapia Cognitivo Conductual (42) y Terapia de Aceptación y Compromiso (45)]. Los participantes fueron evaluados antes, después y seis meses posteriores al pos-tratamiento. Por un lado la intervención Cognitivo Conductual se compuso de cuatro módulos: a) reestructuración cognitiva, b) entrenamiento en habilidades asertivas, c) entrenamiento en técnicas de relajación y d) incremento en actividades placenteras. Por otro lado, la intervención de la Terapia de Aceptación y Compromiso se compuso de tres pilares fundamentales: a) aceptación de los eventos internos aversivos y las condiciones que los activan, b) elección de medidas de acción basadas en los valores propios, c) toma de acciones basadas en dichos valores mediante la identificación de patrones personales de evitación experiencial; análisis del control de eventos aversivos internos; reconocimiento del costo de las conductas evitativas y aprendizaje de alternativas de control, como el uso de metáforas o de mindfulness.

Los participantes en el grupo control (también denominados “grupo de apoyo mínimo”) participaron en un taller de dos horas en el que se les dio un folleto psicoeducativo con información sobre demencia, siendo esta la única intervención que recibieron.

Los **resultados** confirman que tanto la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso muestran una ventaja significativa al compararse con el grupo control. En este sentido, los resultados también muestran que ambos tipos de intervenciones resultaron efectivas para reducir la sintomatología depresiva, ansiosa y el resto de las variables evaluadas. No obstante, los autores señalan que la Terapia Cognitivo Conductual, a diferencia de la de Aceptación y Compromiso, muestra una mayor retención de resultados a largo plazo. Por consiguiente, pese a que ambas mostraron buenos resultados conforme a los objetivos establecidos en el estudio, la Terapia Cognitivo Conductual parece ser más efectiva para mantener los cambios por mayor tiempo.

Borji et al. (2017) realizaron un estudio con el **objetivo** de “Investigar la influencia de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión, el estrés y la ansiedad entre los cuidadores de pacientes con cáncer de próstata” (p. 3208). Para conseguirlo, emplearon como **metodología** un ensayo clínico pre-postest en el que aplicaron en 80 **participantes** con sintomatología depresiva que fueran cuidadores primarios de familiares con cáncer prostático (40 fueron del grupo control y los otros 40 recibieron el tratamiento) una intervención cognitivo conductual en dos sesiones por semana de hora y media cada una durante ocho sesiones consecutivas más dos sesiones extra de seguimiento (dando un total de 10 sesiones).

El **instrumento** de evaluación utilizado fue el DASS-21 para evaluar la depresión, ansiedad y estrés mediante una escala de 21 ítems. En cuanto al **procedimiento**, se reportaron cuatro fases: a) fase de aplicación de la técnica de

Inoculación de Estrés, b) fase conceptual y educativa donde conocieron el papel de sus cogniciones en el desarrollo de sus emociones, así como una educación en diferentes estrategias de afrontamiento, c) fase de adquisición de habilidades y de consolidación, en la que se entrenaron a los participantes en la adquisición de habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes. Los **resultados** obtenidos demuestran una disminución importante en los niveles de depresión, ansiedad y estrés del grupo experimental, por lo que se concluye que la intervención fue efectiva y, de esta forma es que se recomienda su implementación en el ámbito hospitalario.

Por último, Ramírez et al. (2023) reportan una intervención cognitivo conductual de una cuidadora primaria que a su vez cuenta con el diagnóstico de artritis reumatoide. El **objetivo** del estudio fue:

Describir el impacto de una intervención cognitivo conductual, compuesta por Psicoeducación, técnica de solución de problemas y componentes de terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión, en una paciente con diagnóstico de artritis reumatoide, que ejerce como cuidadora primaria informal de sus padres con diagnóstico de Parkinson avanzado (p. 148).

La **metodología** establece que se realizó una intervención a “C”, la **participante** fue una mujer de 49 años diagnosticada con Artritis Reumatoide (AR) en 1997 y que ejerce como cuidadora primaria de sus dos padres con Parkinson en etapa avanzada. “C” recibió un diagnóstico de trastorno de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y se encuentra viviendo su menopausia. La intervención estuvo conformada por 12 sesiones en modalidad en línea (a distancia), donde las dos primeras fueron utilizadas para realizar una evaluación

de la usuaria con diversos **instrumentos** como la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, (DASS-21), el Inventario de Depresión de Beck II, (BDI-II), y la Escala de sobrecarga del cuidador Zarit.

Para el resto del **procedimiento** emplearon las técnicas de Psicoeducación, Solución de Problemas y algunos componentes de Terapia cognitiva (como el debate de pensamientos a modo de reestructuración cognitiva).

Los **resultados** y conclusiones de los investigadores afirman que hubo una reducción en los puntajes de las escalas DASS-21 y BDI-II, no obstante, la puntuación de la Escala de sobrecarga del cuidador Zarit aumentó. Respecto a esto último, los autores ofrecieron como posible explicación que la intervención no buscaba reducir los niveles de sobrecarga, además de ser posible que al atender las problemáticas del usuario se incrementara la sobrecarga momentáneamente, pero que si se hiciera una tercera evaluación estos niveles podrían disminuir.

Finalmente, una última explicación apunta a que los usuarios al conocer más sobre su padecimiento a través de la Psicoeducación incrementen sus preocupaciones, reflejándose así en los resultados del tercer instrumento. Aun con todo esto, los autores confirman la eficacia de estrategias cognitivo-conductuales y de terapia cognitiva a distancia para disminuir diversos síntomas propios del SCP.

### **3.3 Desarrollo de Redes de Apoyo Social**

Las redes de apoyo social son un componente de la dinámica social que sufre diversos cambios a lo largo de la historia de desarrollo de cada individuo.

De acuerdo con Árias et al. (2020), numerosos estudios han constatado que las redes de apoyo social varían tanto en número como en extensión.

Adicionalmente, se han encontrado características similares en las redes de apoyo

que pertenecen a una misma etapa vital de desarrollo. Específicamente, se reporta que la red global de amigos decrece significativamente conforme se acerca el individuo a la vejez, aunque las redes familiares tienden a mantenerse estables.

Hay una alta probabilidad de que lo anterior esté relacionado con el desarrollo de indicadores pertenecientes al SCP en los cuidadores de pacientes con DM. Ya que, se sabe que la mayor parte de los pacientes con DM y demás enfermedades crónicas son adultos o personas de la tercera edad. Si se toma en consideración el dato proporcionado por Árias y colaboradores, es posible identificar una relación entre la edad promedio de las personas con enfermedades crónicas y que conforme se crece se pierden las redes de apoyo hasta quedarse principalmente con redes familiares.

Como consecuencia, una conclusión viable es que muchos familiares se ven forzados a volverse los cuidadores primarios de sus familiares debido a la pérdida de redes de apoyo de los pacientes, contribuyendo significativamente en el incremento de esta problemática de salud. De esta forma, queda establecida la importancia que tiene el prestar atención al estado y calidad de redes de apoyo de las personas con DM.

Aunado a lo anterior, Wright (2016) identificó que en años recientes la forma de ampliar redes sociales de apoyo se realiza, en su mayoría, a través de redes sociales. Las cuales suelen ser no solo más usadas sino que dominadas por personas ya sea en su adolescencia o juventud.

Considerando esta información, se plantea un reto importante que está íntimamente relacionado con el tema competente al presente trabajo, puesto que

trabajar en desarrollar y fortalecer las redes de apoyo social en personas con DM y demás enfermedades crónicas podría facilitar el tratamiento de la enfermedad para que sea más efectivo y llevadero tanto para el cuidador como para el paciente con la enfermedad; contribuyendo para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y, por consiguiente, de los pacientes o cuidado dependientes.

### ***3.3.1 Definición de las Redes de Apoyo Social***

Como se ha observado hasta el momento, la presencia de una enfermedad como la DM trae consigo una serie de cambios en los estilos de vida tanto del paciente como de sus familiares, que pueden resultar extremadamente estresantes. Por ello, uno de los aspectos fundamentales a tomar en cuenta son las redes de apoyo social, o simplemente redes de apoyo.

De acuerdo con Mendoza et al. (2016), las redes de apoyo son todas aquellas conexiones, contactos o relaciones sociales que brindan algún tipo de soporte a un individuo o un grupo en diversas situaciones. Dichas redes de apoyo pueden dividirse en dos tipos: 1) redes de apoyo informales, las cuales se componen por familiares, amigos y demás personas que pertenecen a los círculos sociales más próximos de la persona que necesita el apoyo; y 2) redes de apoyo formales, las cuales hacen referencia a toda persona, organización o institución que se dedique a brindar ayuda, como grupos de apoyo, organizaciones civiles e incluso personal especializado en el abordaje de la problemática en cuestión.

### ***3.3.2 Dimensiones que Comprenden las Redes de Apoyo Social***

Poblete et al. (2018) comentan que hay cuatro dimensiones que comprenden el trabajo de las redes sociales. Dichas dimensiones son: 1) Apoyo instrumental, centrado en el aporte de servicios y bienes tangibles como dinero,

insumos o servicios necesarios para el tratamiento de la enfermedad. En esta dimensión también se incluye el transporte; 2) Apoyo informativo, el cual como su nombre indica, ofrece información o consejos concernientes a la problemática del individuo con el fin de apoyar a solucionar su problema; 3) Apoyo valorativo, que busca pasar información o datos de personas con mayores recursos que ofrezcan al interesado una gama más amplia de opciones para abordar el problema más eficientemente. Y, por último, 4) Apoyo emocional, que brinda soporte afectivo, así como un acompañamiento basado en el amor, empatía, confianza y demás.

### ***3.3.3 Beneficios de las Redes de Apoyo hacia los Pacientes y Cuidadores***

García et al. (2020) indican que actualmente se sabe que las variables sociales y psicológicas repercuten directamente en la adherencia al tratamiento del paciente y que esto a su vez tiene en el cuidador; aspectos económicos, falta de información o de recursos instrumentales, así como un pobre soporte emocional vuelven más probable el desarrollo de problemáticas vinculadas al estrés, la ansiedad y la depresión. De modo que, el beneficio principal de desarrollar redes de apoyo adecuadas para el cuidador será el de preservar su bienestar físico, social y psicológico; con la finalidad de representar un apoyo en situaciones de crisis y desarrollar diferentes estrategias para afrontar los problemas de la enfermedad de la persona con DM a la cual brinda atención y cuidado.

Con base en lo revisado, queda en evidencia la importancia de desarrollar habilidades sociales en el cuidador de un paciente con DM, con el fin de que genere redes sociales de apoyo efectivas acorde a cada una de las necesidades que se le presenten y que sea capaz de recurrir a ellas cuando más lo requiera.

Por lo que generar competencias de interacción social, resulta una habilidad indispensable a considerar al plantear un tratamiento orientado hacia las afecciones que frecuentemente sufren los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas.

#### **4. Propuesta de intervención**

En este trabajo se han revisado numerosos estudios que presentan intervenciones orientadas hacia diferentes problemas de salud relacionados con los indicadores y síntomas propios de un cuidador primario con SCP.

Sin embargo, se han identificado dos escenarios a raíz de esta revisión: el primer escenario muestra que las intervenciones solo atienden ya sea uno o un número reducido de indicadores de los cuidadores con SCP que participan en los estudios reportados. El segundo, por su parte, fortalece una idea que se ha repetido en diversas ocasiones a lo largo de este trabajo, la cual es que hay síntomas que no reciben el tratamiento necesario y más aún, hay cuidadores de pacientes con ciertas enfermedades que reciben más atención que otros; algo que se ha apreciado en el caso de la terapia cognitiva durante el capítulo anterior. Y aunque es cierto que en dichos estudios se han encontrado diversas intervenciones psicológicas para los cuidadores, ninguna de ellas representó algún diseño de intervención para cuidadores de pacientes con algún tipo de diabetes.

Con base en lo anterior, se presenta la siguiente propuesta de intervención, la cual busca participar en la evaluación, el diseño y la implementación de una intervención integral para cuidadores de pacientes con diabetes mellitus.

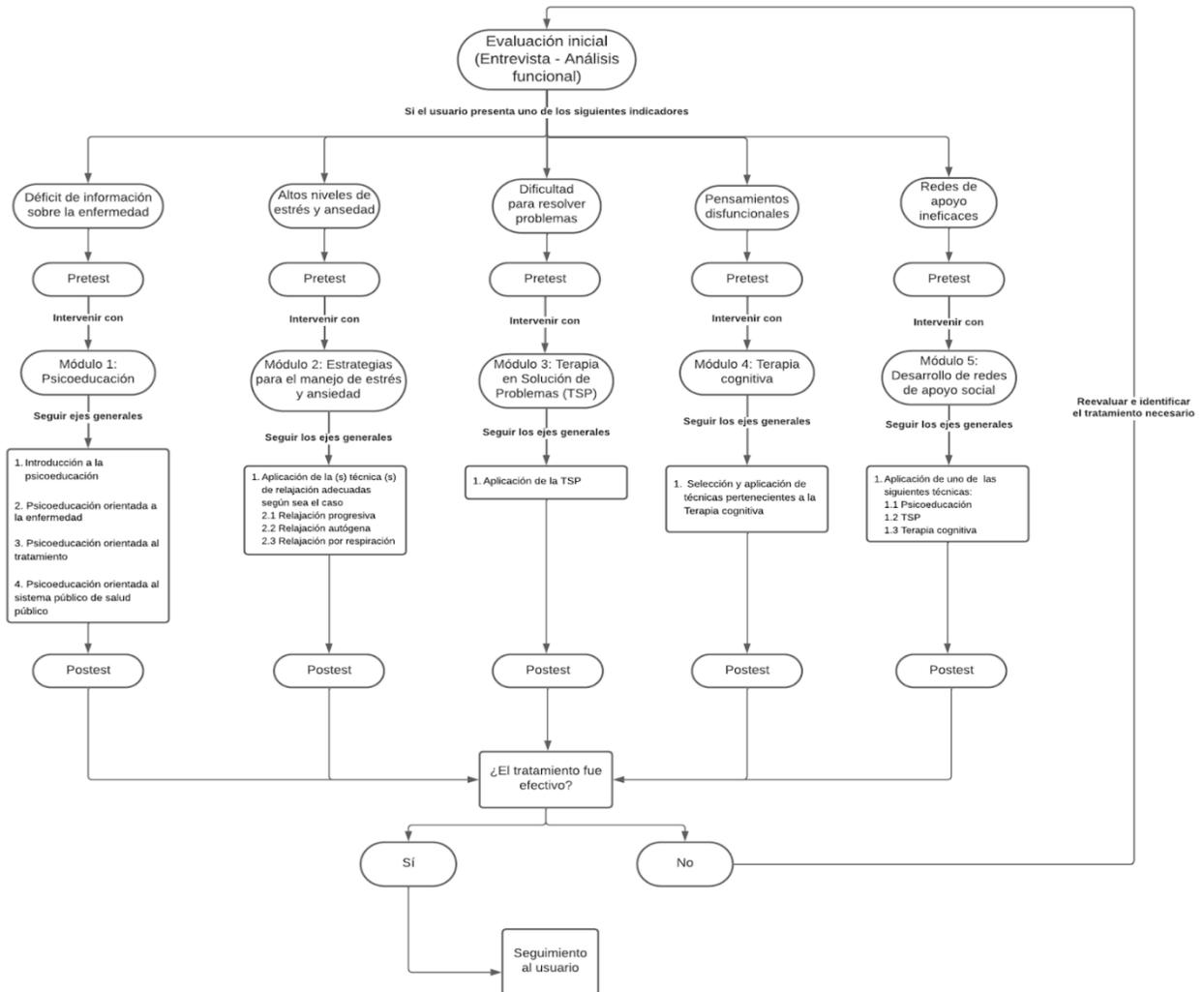
Entendiendo por “integral” aquella intervención que abarca los múltiples indicadores de una enfermedad o trastorno conductual e integra una serie de

tratamientos para atender indicadores que el usuario llegue a mostrar tras ser evaluado.

Se considera que la principal característica de esta propuesta es la versatilidad de su aplicación, debido a que está pensada para que el profesional en psicología interesado en aplicarla sea capaz de determinar el tratamiento a partir de la evaluación inicial.

Tomando en cuenta lo anterior, en la **Figura 2** se encuentra un diagrama que representa los elementos que integran la propuesta. En primer lugar, se ubica la **evaluación inicial**, la cual será de carácter clínico; por ende, la recomendación para esta primera evaluación será que el psicólogo realice una entrevista acompañada del debido análisis funcional. Los resultados de la evaluación permitirán al psicólogo determinar tanto si el consultante muestra signos propios del SCP como seleccionar la opción de intervención apropiada para esa persona.

Posteriormente se encuentran los **indicadores** más característicos que componen al SCP. Derivado de estos indicadores el terapeuta encargado podrá elegir entre una serie de cinco **módulos**. Estos módulos están diseñados para que el psicólogo encargado de la intervención aplique cuantos módulos sean necesarios dependiendo de cada caso. En otras palabras, habrá usuarios que requieren solo de Psicoeducación (Módulo 1) y habrá otros que requieren tanto de Psicoeducación como un entrenamiento en solución de problemas (TSP) (módulos 1 y 3), así como casos más severos en los que sea necesario una intervención con más de dos módulos.



**Figura 2.** Diagrama de los elementos que integran la propuesta de intervención orientada para el SCP.

*Nota: Elaboración propia.*

Seguido a esto se encuentra el **pretest**, donde el psicólogo utilizará instrumentos de evaluación estandarizados acorde a las características de su usuario o población para obtener un parámetro inicial con el cual trabajar.

Algunas recomendaciones de instrumentos para utilizar durante los pre y postest de los Módulos 2 al 4 son:

**Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (Zarit et al., 1989, como se citó en Montero et al., 2014).**

El instrumento es un autoinforme compuesto por 22 ítems en escala tipo Likert y con cinco tipos de respuesta (1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=siempre).

Este instrumento permite evaluar tres dimensiones o factores referentes al ejercicio de cuidador primario, las cuales son: (1) Impacto del cuidado, (2) relación interpersonal y (3) expectativas de autoeficacia.

**Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (Díaz y Spielberger, 1975, como se citó en Rojas, 2010).**

Este cuestionario se caracteriza por contar con dos escalas, es autoaplicable y mide dos aspectos sobre la ansiedad: (a) La ansiedad como rasgo, que es cuando el individuo muestra de manera estable características de ansiedad, percibiendo como amenazadoras diferentes situaciones en su vida diaria, mientras que la (b) ansiedad como estado hace referencia a cuando el individuo expresa a nivel emocional características ansiosas pero de manera transitoria, en el que están presentes sensaciones tales como la tensión y el estrés. Ambas escalas cuentan con 20 ítems cada una (40 en total) y su forma de responderse es mediante una escala tipo Likert con un total de cuatro opciones de respuesta.

**Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE) (Alonso-Fernández, 2011).**

El instrumento es un cuestionario heteroadministrado compuesto por 63 ítems empleado para la evaluación de síntomas depresivos, los cuales son divididos en cuatro dimensiones: humor depresivo, vaciamiento energético, falta de sociabilidad y la distorsión de los ritmos biopsíquicos.

Los resultados obtenidos se registran en un diagrama denominado “depresograma”, que permite obtener de manera homogénea y unitaria un resultado que indique la presencia de depresión y su respectivo subtipo.

**Escala de Actitudes y Creencias, versión en español de Lega et al. (1997), como se citó en Nava et al. (2013).**

Conformada por 48 ítems en escala tipo Likert, esta escala evalúa las creencias irracionales mediante cuatro niveles de proceso: tremendismo, demandas, baja tolerancia a la frustración y condenación, así como tres niveles de contenido: la aprobación, éxito y comodidad.

**Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisado (SPSI-R) (D’Zurilla y Nezu, 1990, citados en Galindo et al., 2016).**

Se trata de un autoreporte de 52 ítems con el que se evalúa la capacidad de las personas de solucionar sus problemas. Las respuestas de los ítems se encuentran en escala ordinal, desde “No es nada cierto” hasta “Extremadamente cierto”. Se conforma por cinco subescalas para evaluar tanto los aspectos funcionales como los disfuncionales de las habilidades para la solución de problemas. Por un lado, se tiene la **dimensión funcional**, compuesta por Orientación positiva al problema (OPP) y Resolución racional de problemas (RRP). Por otro lado, la **dimensión disfuncional** evalúa la Orientación negativa al problema (ONP), el Estilo descuidado-impulsivo (EDI) y el Estilo evitativo (EE). Para el quinto módulo, en población mexicana se encuentran dos opciones para medir el apoyo social percibido:

**Cuestionario Moss de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991), cuya veracidad en población mexicana fue corroborada por Herrera et al. (2021).**

Es un instrumento autoaplicable de 19 ítems con formato de respuesta en escala tipo Likert y conformado por cinco factores: Red de apoyo, Apoyo social emocional/informacional, Apoyo instrumental, Interacción social positiva y Apoyo afectivo. El instrumento fue pensado originalmente para aplicarse en pacientes con enfermedades crónicas y ha sido validado en diferentes tipos de poblaciones, incluyendo la mexicana.

**Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000).**

El EHS se conforma por 33 ítems con cuatro opciones de respuesta. Evalúa seis factores: Autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los derechos propios, expresión de enfado o disconformidad, decir "no" y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. El cuestionario permite indagar en la conducta del sujeto en los distintos contextos sociales con los que interactúa y evalúa hasta qué punto sus habilidades sociales se ven involucradas.

Por otro lado, pese a la existencia de instrumentos como el IMEVID o Diabetes-39 (López et al., 2003; Boyer, 1997, como se citaron en Sánchez et al., 2010) entre otros, este tipo de instrumentos no resultan funcionales para medir los conocimientos de los cuidadores primarios de pacientes con diabetes. Esto se debe a que por un lado, los instrumentos están pensados para ser respondidos por los pacientes con DM y, por otro, los instrumentos estandarizados en

población mexicana o hispanohablante que midan los conocimientos sobre la DM (ya sea tipo 1 o 2) en cuidadores son escasos o inexistentes.

Por consiguiente, se considera oportuno que para el pre y postest del módulo 1 (Psicoeducación) la evaluación se realice mediante una entrevista donde se contemplen rubros como la **definición, clasificación, etiología y tratamientos**. Se sugiere que dichos rubros sean evaluados con preguntas simples como las presentadas a continuación:

- ¿Qué es la diabetes?
- ¿Qué causa la enfermedad?
- ¿Cuántos tipos de diabetes existen?
- ¿Qué funciones se deterioran por la enfermedad?
- ¿Qué instrucciones da el médico para el cuidado del paciente con diabetes?

De este modo es posible conocer si el cuidador presenta un déficit de información referente a la enfermedad de su cuidado dependiente y determinar si requiere de la intervención del Módulo 1 o no.

Cabe mencionar que el pretest ayudará a determinar si la intervención por módulos será de manera sucesiva o simultánea. Es decir, si un usuario requiere una intervención de Psicoeducación y continuar con estrategias para el manejo del estrés, o si estas intervenciones deberían ser realizadas al mismo tiempo.

Así pues, tras la aplicación del pretest el psicólogo deberá realizar la intervención adecuada siguiendo los **ejes generales** que se encuentran en el propio esquema.

Cabe resaltar que estos lineamientos son solo eso, líneas generales que cualquier terapeuta debería seguir en caso de querer realizar una intervención auxiliándose

de las técnicas descritas en la propuesta. No obstante, los detalles y el estilo de la ejecución de las técnicas se dejan bajo las consideraciones éticas, los conocimientos y experiencia que posee el terapeuta en cuestión.

Por otro lado, en esta propuesta también se consideraron los posibles escenarios en los que la solución de uno de estos indicadores pueda desarrollar otros malestares en el usuario. Un ejemplo de esto sería el caso del estudio de Ramírez et al. (2023), donde a pesar de obtener una mejoría mediante la aplicación de terapia cognitiva, la muestra aumentó sus niveles de estrés, posiblemente debido a la adquisición de información respecto a la enfermedad con la que se enfrentaban, provocando a su vez un incremento en su estrés tras saber más sobre el padecimiento en cuestión.

Es a raíz de este particular resultado que, en caso de que el terapeuta identificara mediante la aplicación del **postest** algún otro malestar en su usuario, pudiera regresar a una segunda evaluación para determinar qué tratamiento sería adecuado para atender los posibles nuevos indicadores presentes en el usuario.

Si lo anterior no ocurriera, tras el postest se determinaría si el tratamiento fue efectivo o no. En caso de que lo haya sido, será factible finalizar la intervención y proceder al periodo de **seguimiento**, el cual variará dependiendo de lo que considere el terapeuta en turno.

Con todo lo expuesto aquí, se espera que esta propuesta consiga representar una aportación significativa tanto al interés de dar mayor visibilidad, como a la búsqueda de soluciones de la creciente y generalmente ignorada problemática que representa el síndrome del cuidador primario tanto para los propios cuidadores como a los sistemas de salud de múltiples naciones.

Por último, cabe destacar que esta propuesta a pesar de estar pensada en casos de cuidadores de pacientes con DM, es totalmente viable de aplicar en cuidadores de pacientes con otro tipo de enfermedades crónicas. Esto se debe a que a lo largo del capítulo anterior se ha identificado una gran similitud entre los indicadores de cuidadores con SCP de personas con DM y los cuidadores de personas con otro tipo de enfermedades crónicas. Tanto así que algunos de los artículos citados en el capítulo tres son de estudios sobre cuidadores de pacientes con otro tipo de enfermedades diferentes de la DM. Por consiguiente, se invita a cualquiera que esté interesado a aplicar esta propuesta de intervención en cuidadores de pacientes con cualquier tipo de enfermedad crónica y de reportar el grado de efectividad obtenido de la intervención.

## **5. Conclusiones**

El objetivo de este trabajo fue analizar los factores vinculados con el Síndrome del Cuidador Primario al atender pacientes con Diabetes Mellitus. Para realizar esto se siguieron tres pasos: Investigación bibliográfica, integración de información y propuesta de intervención.

Estos tres pasos se establecieron como objetivos específicos, los cuales ayudaron a cumplir el objetivo general del trabajo. De este modo, el primer objetivo fue (1) Realizar una investigación bibliográfica sobre la Diabetes Mellitus y el Síndrome del Cuidador Primario. En primer lugar, esto sirvió para conocer con mayor profundidad las características de la Diabetes Mellitus como problema de salud e incluso como problemática social; en segundo lugar, el cumplimiento de este primer objetivo permitió conocer tanto las características del Síndrome del Cuidador Primario, así como su estado del arte.

Así pues, lo principal a destacar es un aspecto que ya ha sido mencionado en numerosas ocasiones a través de esta investigación: la escasez de información e interés respecto a los cuidadores primarios en atención a cualquier enfermedad, incluyendo la diabetes. Esta falta de interés se ve reflejada no solo en la limitada cantidad de investigación en torno al tema, sino en la ausencia de consenso teórico para describir los detalles de la problemática. Es decir, globalmente, ni siquiera se han establecido acuerdos para referirse a los cuidadores ni a los riesgos para la salud y bienestar psicológico que sufren. La variedad de definiciones, terminología y conceptualización sobre los cuidadores dificulta significativamente la búsqueda bibliográfica de información, además de evidenciar la clara falta de comunicación entre las diversas instancias de salud.

La mencionada carencia de información resultó particularmente conflictiva tras haber establecido a la psicología cognitiva-conductual aplicada en la salud como marco teórico para el proyecto. Debido a que, paradójicamente, al haber menos información, más investigación bibliográfica se tuvo que realizar para encontrar información objetiva, veraz, útil y ad hoc con el marco teórico establecido; dificultando la integración y cohesión de la información. Además de esto, el que haya información limitada también demandó que uno como investigador se adaptara a la información existente a pesar de que mucha de esta fuera de difícil acceso.

Por otro lado, es necesario destacar que las limitaciones referentes a esta línea de investigación no solo se encontraron en la carencia de información, sino en el enfoque que se le da al tema. Para ilustrar la idea previa, se tiene el enfoque que se le da al SCP o la sobrecarga del cuidador desde el ámbito de enfermería,

en el que las investigaciones se hacen desde la perspectiva del enfermero o enfermera que se hace cargo del cuidado-dependiente. Es decir, en vez de hablar de las vivencias informales de la labor de cuidar se habla desde la formalidad laboral y desde el profesionalismo que se tiene al dedicarse a la enfermería.

Cabe señalar que no se demerita esta perspectiva del cuidado, sino que se insta a la comunidad científica a recordar que por lo menos en México, la labor de cuidado predominante se realiza desde la informalidad laboral, dado que la mayoría de los cuidadores tienen la educación preparatoria (Del Angel, 2022; Reyna, 2022).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el dato anterior hace referencia al promedio obtenido tras trabajar con una muestra no mayor a 250 participantes, por lo que es factible asegurar que muchos de los cuidadores en el país no llegan a concluir el nivel escolar de la preparatoria. Aún más, si se consideran las cifras proporcionadas por la Secretaría de Educación Pública (2022), de las que se rescata que en el ciclo escolar 2021-2022 el promedio de años estudiados fue de 9.9 años, lo que equivale a 10 años e interpretable a primer año de preparatoria o bachillerato; lo cual indica que la mayoría ni siquiera concluye graduarse de este nivel.

Por consiguiente, es importante recuperar las experiencias informales para no continuar invisibilizando la problemática y abordarla no solo desde la perspectiva que le atañe a uno de manera personal, tal sería el caso del ámbito de la enfermería cuando ejercen un papel de cuidadores primarios, sino desde todas las perspectivas para abrir paso a más discusiones al respecto.

Por último, se desea terminar la conclusión de este primer objetivo con una reflexión acerca de la dificultad para el acceso a información de calidad para la elaboración de esta tesis, tema que se mencionó antes de manera breve.

Un primer ejemplo de lo anterior fue la obtención de libros y artículos de paga, forzando a buscar vías alternas legales para obtener acceso a la información y emplearla en esta investigación. El segundo ejemplo es la barrera idiomática, dado que en varias ocasiones se encontraron artículos potencialmente útiles acorde a los objetivos de este trabajo, pero que se hallaban disponibles únicamente en idiomas diferentes al español o inglés. En el mejor de los casos eran trabajos en lenguas romances como el portugués, francés o italiano, facilitando su traducción mediante múltiples traductores en línea para entender su contenido; en el peor, se encontraban artículos en árabe o japonés, dificultando su traducción y obligando su descarte pese a lo valioso que podría ser su incorporación a esta tesis.

Respecto a lo anterior, se concluyen dos cosas: En primer lugar, se considera dañino para el avance científico el bloqueo a información mediante sistemas de pago o suscripción de alto costo. Si bien, es comprensible además de aceptable que la labor de investigación y generación de conocimiento científico amerite una remuneración económica para que esta actividad continúe, se considera injustificable el exceso de barreras impuestas, ya que esto solo denota el interés de capitalizar el conocimiento y se ignora el beneficio que trae consigo el facilitar la disposición de información para la población en general o con entrenamiento específico en un área concreta pero, sin los suficientes recursos económicos para acceder a información de paga.

La mayor prueba de esto es la experiencia personal, en la que en algunos casos se necesitó del acceso a artículos cuyos costos rondaban desde los 20 hasta los 50 o 60 USD cada uno (de 350 a 1044 pesos mexicanos aproximadamente, considerando como tipo de cambio 1 dólar = 17.40 pesos mexicanos), o en su defecto, de libros de 40 USD el más económico y de difícil adquisición (casi 700 pesos mexicanos y muchos de ellos de importación). De no ser por las facilidades que se tuvieron por ser parte de la comunidad de la Universidad Nacional Autónoma de México y las suscripciones a revistas científicas, la presente tesis no hubiese sido posible o en su defecto, se hubiese requerido solicitar financiamiento; retrasando significativamente el avance de este proyecto. Esto es alarmante, ya que es un indicador de lo complicado que es generar conocimiento científico en la actualidad y de lo excluyente que resulta ser un investigador.

En segundo lugar, que exista tan poca información en el idioma español o inglés y que se tenga que recurrir a investigaciones realizadas en otras partes del mundo con culturas y problemáticas distintas a la occidental, termina siendo un indicador más de la falta de interés que tiene el tema en la sociedad. Mostrando una vez más la urgencia de despertar el interés en la comunidad para atender esta problemática y que adquiera la relevancia que merece.

Por otro lado, el segundo objetivo de esta tesis fue (2) Integrar la información publicada acerca del Síndrome del Cuidador Primario y la Diabetes Mellitus. En este punto lo que se buscó fue comprender la relación de ambos temas, desde los efectos que tiene la enfermedad en el paciente y más

específicamente, en el cuidador, consiguiendo identificar los factores relacionados entre ambos fenómenos para continuar con el último objetivo:

Para empezar, uno de los puntos más destacables que se detectaron fue la notable diferencia en cuanto a cantidad de información entre ambos temas, ya que cuando se habla de enfermedades como la diabetes desde la perspectiva del paciente, se encuentra una abundante cantidad de publicaciones; así como un acuerdo implícito en cuanto a terminología, categorización y características de la enfermedad. Por ejemplo, al buscar el concepto “diabetes” en internet o buscadores académicos, uno puede encontrar las etiquetas “Diabetes Mellitus tipo 1 o 2” o “DM” tanto en español como en inglés. En contraste, al buscar “cuidador primario” se hallan resultados como “Síndrome del Cuidador”, “Síndrome del cuidador primario”, “Síndrome del Cuidador Quemado”, “Sobrecarga del cuidador informal”, “Burnout del cuidador” o “Caregiver Burnout Syndrome”. Esta variedad de términos para referirse al mismo concepto resulta confusa, debido a que es fácil pensar que cada uno de estos es un fenómeno independiente, cuando la realidad es que todos hacen referencia a lo mismo.

La combinación de marcos teóricos es conflictiva cuando no se consideran los orígenes del concepto que se está utilizando para explicar un fenómeno. En este caso, el uso del “burnout” como explicación del Síndrome del Cuidador Primario (SCP). Lo anterior es considerable erróneo desde un punto de vista epistemológico, dado que abordar al SCP como si fuera Burnout significa categorizar a la problemática desde un enfoque organizacional y laboral cuando de hecho, es un problema social y de salud pública, tal y como se podrá apreciar a continuación.

Por un lado, es comprensible el motivo de la implementación de dicho término (principalmente en la literatura en inglés) para hablar de los indicadores del fenómeno, debido a que las características del burnout laboral y del SCP son similares. Sin embargo, cuando se analiza con detenimiento el concepto del SCP es posible identificar que deriva de problemas en la estructura de los sistemas de salud y la organización social, mientras que la raíz del burnout reside en un marco teórico de psicología laboral en el que los conflictos de un entorno organizacional son el principal protagonista de la problemática.

Así lo demuestran los trabajos de Maslach y Jackson (1981) y de Maslach et al. (2001), en los que se trató de dar una explicación a este fenómeno en el que los cuidadores de personas con enfermedades incapacitantes mostraron características similares a las de un trabajador con burnout. No obstante, aunque los trabajos de dichos autores ciertamente fueron una aportación importante para el tema, se considera que actualmente deben ser tomados como un primer paso para comprender esta cuestión, mas no la explicación definitiva del SCP. Dado que, mientras más se indaga sobre el tema, más diferencias se encuentran entre lo planteado por Maslach y Jackson (1981); Maslach (2001) y los trabajos más recientes.

Para entender la idea del párrafo anterior, es útil remontarse a las características del burnout laboral y sus orígenes. Buitrago et al. (2021) comentan que en 1962, Hans Selye quien en ese entonces era estudiante de medicina, detectó en algunos de sus pacientes señales de agotamiento, falta de apetito y pérdida de peso; denominando la presencia de estos signos como “Síndrome de estar enfermo”. Más adelante, realizando experimentación con ratas de laboratorio

cambió el nombre a “estrés biológico”, haciendo la anotación de que dicho estrés puede ocasionarse por demandas sociales.

Derivado de esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió este fenómeno como “la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante” (Buitrago et al., 2021, p. 134). Esto dio pie a la creación del concepto “estrés laboral”, lo cual ayudaría a entender los efectos en los individuos cuando las demandas externas e internas se presentan en un contexto organizacional.

Si se parte de dicha premisa, la intención de extrapolar un fenómeno como el burnout laboral al ámbito de la salud como lo son los cuidadores primarios resulta lógica. Puesto que, como ya se ha mencionado, las características más superficiales del Burnout y del SCP son similares por defecto al considerar el estrés como rasgo principal de ambos problemas, aunque es importante tener en cuenta que tanto el contexto como los factores asociados con la presencia de cada problemática son distintos.

Por un lado, el burnout se da por la sobredemanda que sufren los trabajadores en una situación laboral, mientras que el problema del SCP existe por múltiples factores tanto sociales, económicos e incluso culturales y se da tanto en contextos laborales como no laborales, al igual que en ámbitos hospitalarios o familiares. Para aterrizar este argumento, es conveniente recordar las estadísticas proporcionadas por el INEGI (2017), las cuales señalaron que, en México, de cada 100 cuidadores, 97 son mujeres; siendo lo anterior un factor meramente cultural el cual adjudica al género femenino el rol de cuidadoras.

De este modo, mediante el análisis e integración de la información fue viable comprender la complejidad del SCP como problemática de salud pública y social, así como las necesidades que se deben cubrir para abordar este problema. Por consiguiente, lo lógico es plantear posibles soluciones, lo cual lleva al siguiente objetivo.

Finalmente, como último objetivo se tuvo: (3) Proponer una estrategia de intervención psicológica para cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con algún tipo de Diabetes Mellitus.

Concretamente, lo que se plantea con la propuesta de intervención es atender las afecciones al bienestar psicológico de los cuidadores de pacientes con diabetes mellitus. Sin embargo, se considera que esta propuesta va un poco más allá, debido a que a lo largo de la elaboración del presente trabajo se identificó una necesidad importante relacionada con los potenciales peligros que viven los cuidadores primarios que atienden a la población con diabetes en México.

Con todo esto, lo que se busca es señalar la carencia de interés y atención que se le da a los cuidadores primarios y su papel en la sociedad. Si esta tendencia persiste, es posible que la problemática se agudice, afectando no solo a los cuidadores sino a los cuidado-dependientes, a los sistemas de salud y a la economía, obligando a diversas instancias de gobierno a destinar recursos para atender los estragos a la salud que genera el SCP en la población. Por ello, es imperativo que se visibilice este problema, que se hagan más discusiones especializadas en torno al tema y se aborde de manera multidisciplinaria con mayor ahínco para establecer al SCP como una problemática real y que necesita

atenderse tanto como los son las enfermedades crónicas entre las que se incluyen la DM.

Por otro lado, una gran oportunidad que se tiene a raíz de esta propuesta es promover la intervención desde un sentido preventivo. Así pues, este es un tema que ha sido básico para disciplinas médicas como la epidemiología y la medicina clínica, mediante el uso de tres tipos de prevención. No obstante, la propuesta original ha sido recuperada y extrapolada a un contexto psicológico, por lo que como resultado final se tiene: (1) Prevención primaria, cuya función es reducir en medida de lo posible la aparición de enfermedades o afecciones. Es decir, busca reducir su incidencia durante el periodo prepatogénico de la enfermedad a un nivel biológico. Por consiguiente, se emplean medidas como el saneamiento ambiental, y promoción de la salud a través de la modificación de hábitos del sueño y alimentarios, así como promover el ejercicio, habilidades de afrontamiento contra el estrés, entre otras estrategias.

Después se tiene la (2) prevención secundaria, la cual se aplica exclusivamente cuando la prevención primaria ha fallado o no se ha aplicado. Es entonces que este tipo de prevención es necesario para interrumpir el desarrollo del padecimiento cuando ya está presente en el organismo. Generalmente se llevan a cabo intervenciones enfocadas a fortalecer la adherencia al tratamiento y continuar con la modificación de hábitos que conserven la salud.

Por último, cuando la enfermedad ya se encuentra completamente desarrollada y sus complicaciones son crónicas entra la (3) prevención terciaria. Este último nivel de prevención busca retrasar el curso de la enfermedad y reducir

las posibles incapacidades que sean parte del padecimiento (Salleras, 1994; Cardozo y Rondón, 2015).

Tomando como base la idea anterior, desde la psicología se buscaría incidir en el SCP a través de programas de prevención primaria y secundaria, esperando evitar que los cuidadores que padezcan este síndrome continúen desarrollando afecciones que impacten negativamente en su salud.

De este modo, un camino a tomar sería el de informar a la población tanto vulnerable como especialista en temas de salud sobre la existencia de este problema y los beneficios que las intervenciones tanto psicológicas como multidisciplinarias traen consigo para la salud de la población vulnerable. Asimismo, la realización de campañas informativas basadas en evidencia y orientadas a la Psicoeducación y la divulgación para la detección temprana y prevención del desarrollo del SCP son necesarias para cumplir con el objetivo anterior.

Otra forma de alcanzar la idea previamente mencionada es incidiendo en la conducta de los pacientes que, de manera general terminan necesitando los servicios de un cuidador. Por ende, el objetivo sería desarrollar en ellos un sentido de independencia y responsabilidad con su padecimiento. En el caso de la diabetes, lo mejor sería hacerlo durante las primeras etapas de la enfermedad, debido a que es en ese momento que los pacientes con DM no presentan comorbilidades que los incapaciten. De este modo, se conseguiría no solo prevenir la aparición del SCP en los cuidadores primarios, sino impedir o en su defecto, retrasar en medida de lo posible las enfermedades incapacitantes derivadas de la DM. Como resultado, se espera que la comunidad del ámbito de la salud se

interese en crear estrategias de intervención enfocadas tanto en la prevención primaria como en la secundaria, consiguiendo darle mayor visibilidad e importancia a este tema.

En otro orden de ideas y en relación con lo que se puede hacer para mejorar el estado actual en torno al SCP, se invita a la comunidad de las ciencias de la salud y sociales a realizar investigaciones aplicadas para evaluar a la población de cuidadores en distintos contextos y ser capaces de entender mejor el fenómeno. Consiguiendo comprender la posible correlación entre variables sociales, culturales, geográficas y de otros tipos con las variables biológicas y psicológicas ya conocidas del SCP en cuidadores de diferentes tipos.

Considerando lo anterior, es fundamental fomentar el trabajo multi e interdisciplinario con el fin de abordar el problema de los cuidadores primarios con la complejidad que amerita; no solo desde una visión de salud física y psicológica, sino desde una visión antropológica que permita tanto intervenir como generar discusiones acerca del problema incluyendo los aspectos de género, políticos, legales, socioculturales y económicos involucrados en el desarrollo del SCP en distintos sectores de la población.

Para concluir este apartado se considera valioso destacar la relevancia que este trabajo representa para el tema. Para empezar, se espera que la realización de esta investigación permita a otros que estén interesados en acceder a una síntesis de diversas fuentes de información en torno tanto a la diabetes mellitus como al fenómeno del cuidador primario.

En segundo lugar, se pretende establecer un punto de partida para una discusión nacional e incluso, internacional, con el fin de visibilizar el SCP y

resaltar el beneficio que traería para las ciencias sociales, ciencias educativas y para la salud si el SCP recibiera la misma prioridad que se le da al acto de atender enfermedades como la DM o cualquier otro tipo de padecimiento que, eventualmente, incapacite al usuario y lo convierta en un cuidado-dependiente.

Respecto al punto previo, es importante señalar que la realización de esta tesis permitió identificar aspectos que rebasan los objetivos propuestos pero que se consideran sumamente valiosos para la discusión del tema. Un ejemplo son las dimensiones sociales, culturales y políticas involucradas en el SCP y cómo se relacionan con las variables psicológicas y de salud ya contempladas en este escrito.

Es por este motivo que también se busca retomar discusiones acerca de los modelos de salud vigentes en México y en otras partes del mundo, debido a que se hipotetiza que una de las causas por las que el SCP recibe tan poca atención en contraste con la atención de la diabetes y otras enfermedades es por el modelo de salud predominante en el país: el modelo de salud biomédico.

Con lo anterior se pretende poner en evidencia que en México y en gran parte del mundo, el foco central de la salud se encuentra en evaluar, identificar y combatir síntomas en lugar de buscar estrategias preventivas para evitar el desarrollo de enfermedades. Tal y como indican Reynoso y Becerra (2014), quienes señalan que, a diferencia del modelo biomédico de la salud, el modelo biopsicosocial plantea la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales en sus estrategias de intervención, estableciendo como meta la preservación integral de la salud mediante la prevención. Algo que sería funcional en el caso del SCP, donde si se implementasen intervenciones con enfoque

preventivo se evitaría el desarrollo del SCP junto con los estragos que causan al bienestar psicológico y salud biológica de los cuidadores.

Con todo esto, se concluye que si bien, el estado actual del arte en torno al SCP no se considera que sea un tema incipiente, ciertamente es insuficiente y frecuentemente dejado a un lado por la comunidad científica del ámbito de la salud. No obstante, se espera que mientras más gente se interese en el tema, mayor reconocimiento recobrará y recibirá la atención necesaria para atender una problemática que demanda un importante trabajo colaborativo entre las instancias gubernamentales y los especialistas en salud pública.

## Referencias

- Alonso-Fernández, F. A. F. (2011). CET-DE, Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión: Un cuestionario y un breve cuestionario para el diagnóstico y la clasificación de la depresión y una escala para el seguimiento (6.a ed.). TEA Ediciones. [https://web.teaediciones.com/Ejemplos/CET-DE%20\\_extracto%20web.pdf](https://web.teaediciones.com/Ejemplos/CET-DE%20_extracto%20web.pdf)
- American Diabetes Association. (2011). Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes--2012. *Diabetes Care*, 35(Supplement\_1), S4-S10. <https://doi.org/10.2337/dc12-s004>
- Amutio, A. A. (2002). Estrategias de manejo del estrés : El papel de la relajación. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 62(63), 19-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2891834>
- Ardila, E. A. (2018). Las enfermedades crónicas. *Biomédica*, 38(1). <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v38s1/0120-4157-bio-38-s1-00005.pdf>
- Areán, P. A. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: Teoría, investigación y aplicaciones: Teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 8(3), 547-560. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2826464>
- Árias, C., Sabatini, M. B., Scolni, M., & Tauler, T. (2020). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología*

*Latinoamericana*, 38(3).

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7901>

Bados, A. B., & García, E. G. (2010). La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. En *Universitat de Barcelona*. Facultat de Psicologia Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Recuperado 10 de junio de 2023, de <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>

Bados, A. B., & García, E. G. (2011). Habilidades Terapéuticas. En *Universitat de Barcelona*. Facultat de Psicologia Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Recuperado 1 de junio de 2023, de <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>

Baron, P. F., & Márquez, E. E. (2010). Diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes. *Medicina Interna de México*, 26(1), 36-47. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim101g.pdf>

Barreto, W. B., & Baque, V. B. (2023). Salud mental en cuidadores informales de pacientes con discapacidades que acuden a centros de atención primaria de salud. *Ciencia Latina Internacional*, 7(4), 333-355. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i4.6874](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.6874)

Barrio, R. B. (2021). Avances en el tratamiento de la diabetes tipo 1 pediátrica. *Anales de Pediatría*, 94(2), 65-67. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.09.001>

- Beck, A. B., Rush, A. R., Shaw, B. S., & Emery, G. E. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.<sup>a</sup> ed.). Descleé de Brouwer.  
[https://www.academia.edu/28242118/Terapia\\_cognitiva\\_de\\_la\\_depresion\\_Aaron\\_T\\_Beck\\_19a\\_ed](https://www.academia.edu/28242118/Terapia_cognitiva_de_la_depresion_Aaron_T_Beck_19a_ed)
- Beck, J., Lewis, T. V., Harrison, D. L., Sternlof, S., Comp, C., & Copeland, K. C. (2012). Use of the Mastery of Stress instrument in caregivers of children newly diagnosed with Type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*, *38*(2), 280-288.  
<https://doi.org/10.1177/01457217111436133>
- Benson, H., Greenwood, M. M., & Klemchuk, H. P. (1975). The relaxation Response: psychophysiologic aspects and clinical applications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *6*(1-2), 87-98. <https://doi.org/10.2190/376w-e4mt-qm6q-h0um>
- Blanco, C. M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Bernaldo-De-Quirós, M., & Gómez, L. (2014). Uso de técnicas de relajación en una clínica de psicología. *Anales De Psicología*, *30*(2).  
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.158451>
- Borji, M., Nourmohammadi, H., Otaghi, M., Salimi, A. H., & Tarjoman, A. (2017). Positive effects of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients with prostate cancer: a randomized clinical trial. *PubMed*, *18*(12), 3207-3212. <https://doi.org/10.22034/apjcp.2017.18.12.3207>

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Alley, P., & Booth, R. J. (2003). Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosomatic Medicine*, *65*(5), 865-869.  
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000088589.92699.30>
- Buitrago, L. Á., Barrera, M. A., Plazas, L. Y., & Chaparro, C. (2021). Estrés laboral: una revisión de las principales causas consecuencias y estrategias de prevención. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, *8*(2), 131-146.  
<https://doi.org/10.24267/23897325.553>
- Bulacio, J. B., Vieyra, M. V., Alvarez, D. A., & Benatuil, D. B. (2004). El uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación*, *XI*, 1-6.  
<https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- Camacho, J. C. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. *Fundación Foro*, *1*(1), 1-17.  
<https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Cardozo, I., & Rondón, J. (2015). La Salud desde una Perspectiva Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *17*(3), 1079-1107.  
<http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/8404>
- Carrasco, I. & Espinar, I. (2008). Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 499-516). Madrid: Pirámide.
- Carreira, M., Anarte, M., Ruiz, M., Caballero, F., Machado, A., Domínguez, M., González, I., Esteva de Antonio, I., Valdés, S., & Soriguer, F. (2010). Depresión en la

diabetes mellitus tipo 1 y factores asociados. *Medicina Clínica*, 135(4), 151-155.

<https://biopsicosocialdiabetes.com/articulos/MedicinaClinica-2010.pdf>

Choi, Y. K. (2010). The effect of music and progressive muscle relaxation on anxiety, fatigue, and quality of life in family caregivers of hospice patients. *Journal of Music Therapy*, 47(1), 53-69. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.1.53>

Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria\*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147S-165S. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60200-6](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60200-6)

Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting Stress among Caregivers of Children with Chronic Illness: A Systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809-828. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>

D´Zurilla, T. D., & Nezu, A. N. (2010). Capítulo 7: Problem solving therapy. En K. D. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3.<sup>a</sup> ed.). The Guilford Press. <https://goo.su/08jg3>

Del Angel, A. D. L. (2022). *Prevalencia del síndrome del cuidador primario y su relación con el perfil socio médico- familiar en cuidadores de pacientes mayores de 60 años con diabetes mellitus, en consulta de medicina familiar del Hospital General de Zona no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, S.L.P.* [Especialidad]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Durán, M. D., Torres, C. T., Arboleda, L. B., Rivera, R. R., Franco, S., & Santos, J. (2019). Effectiveness of an Educational Nursing Intervention on Caring Ability and

Burden in Family Caregivers of Patients with Chronic Non-Communicable Diseases. A Preventive Randomized Controlled Clinical Trial. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(1), e4. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e04>

Ellis, A. & Bernard, M. (1990). ¿Qué es la Terapia Racional-Emotiva (RET)? *Manual de Terapia Racional-Emotiva*, 2, 19-47.

<https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis-manual-de-terapia-racional-emotiva-vol-ii.pdf>

Espín, A. E. (2011). Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *RFS revista facultad de salud universidad surcolombiana sede neiva*, 3(1), 9-19. <https://doi.org/10.25054/rfs.v3i1.61>

Farahmandnia, B., Dashtbozorgi, B., Renani, H. A., Latifi, S. M., & Aminzadeh, M. (2017). The effect of family psychoeducation on burden of care in families with type I diabetic children. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 6(3). <https://doi.org/10.5812/jjcdc.12874>

Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (2018, 23 abril). *Estadísticas en México - Federación Mexicana de Diabetes, A.C.* Federación Mexicana de Diabetes, A.C. - Federación Mexicana de Diabetes, A.C. <https://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>

Fernández, K. F., Sotelo, T. S., García, R. G., Campos, N. C., & Mercado, S. M. (2018). Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de

enfermos renales crónicos. *Psicología y Salud*, 28(2), 251-259.

<https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2561>

Freeman, A. F., & Oster, C. O. (2007). Terapia Cognitiva de la Depresión. En V. C. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (1ra Reimpresión, Vol. 1). Siglo XXI.

[https://www.academia.edu/20393082/Caballo\\_2007\\_manual\\_para\\_el\\_tratamiento\\_cognitivo\\_conductual\\_de\\_los\\_trastornos](https://www.academia.edu/20393082/Caballo_2007_manual_para_el_tratamiento_cognitivo_conductual_de_los_trastornos)

Galindo, O. G., Rivera, L. R., Lerma, A. L., & Jiménez, J. J. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana. *Psicología y Salud*, 26(2), 263-271.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2202>

García, H. G. (2001). Factores de riesgo y prevención en diabetes mellitus tipo I: actualización. *Revista chilena de pediatría*, 72(4). <https://doi.org/10.4067/s0370-41062001000400002>

García, I. G., Zapata, R. Z., Rivas, V. R., & Quevedo, E. C. Q. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horizonte sanitario*, 17(2), 131-140.

<https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2039>

García, J. G., Claraco, L. C., Tazón, P. T., & Aseguinolaza, L. A. (1999). Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria.

*Atención Primaria*, 24(10), 594-601. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-terapia-resolucion-problemas-psicoterapia-eleccion-13429>

García, Y. G., Casanova, D. C., & Raymond, G. R. (2020). Estrés, apoyo social y representación de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 31(1), 1-24.

<https://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/162/181>

Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>

Gismero, E. G. (2000). EHS: Escala de Habilidades Sociales : Manual. *TEA Ediciones*.

[https://web.teaediciones.com/ehs-escala-de-habilidades-sociales.aspx#ctl00\\_cphContenido\\_tab1](https://web.teaediciones.com/ehs-escala-de-habilidades-sociales.aspx#ctl00_cphContenido_tab1)

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure.

*Psychological Assessment*, 4(1), 26-42. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.26>

Golics, C. J., Basra, M. K. A., Salek, M., & Finlay, A. (2013). The Impact of Patients' Chronic Disease on family Quality of Life: An experience from 26 specialties.

*International Journal of General Medicine*, 787. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s45156>

- Gómez-Rico, I., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: breve revisión de los principales factores psicológicos asociados. *Anales de Pediatría*, 82(1), 143- 146.  
[https://www.researchgate.net/publication/262075226\\_Diabetes\\_mellitus\\_tipo\\_1\\_breve\\_revi\\_sion\\_de\\_los\\_principales\\_factores\\_psicologicos\\_asociados](https://www.researchgate.net/publication/262075226_Diabetes_mellitus_tipo_1_breve_revisi_ion_de_los_principales_factores_psicologicos_asociados)
- González, D. G., Barreto, A. B., & Salamanca, Y. S. (2017). Terapia cognitiva: antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental]. *Revista iberoamericana de psicología*, 10(2), 99-107. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10211>
- Gutiérrez, E., García, A. R. S., Anastasiadou, D., & Pradas, C. M. (2014). Programa de Psicoeducación familiar para los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 22(1), 133-152.  
[https://www.researchgate.net/publication/260673813\\_Programa\\_de\\_Psicoeducacion\\_Familiar\\_para\\_Trastornos\\_del\\_Comportamiento\\_Alimentario](https://www.researchgate.net/publication/260673813_Programa_de_Psicoeducacion_Familiar_para_Trastornos_del_Comportamiento_Alimentario)
- Herrera, B. H., Galindo, O. G., Bobadilla, R. B., Penedo, F. P., & Lerma, A. L. (2021). Propiedades psicométricas del cuestionario MOS de apoyo social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*, 31(2), 225-235. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017). Estadísticas A Propósito Del Día De Las Y Los Cuidadores De Personas Dependientes1 (2 De Marzo). En *Cámara de Diputados*. Recuperado 5 de abril de 2023, de

[https://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/economia/9\\_cuidadoresdepersonasdependientes\\_230118-9.pdf](https://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/economia/9_cuidadoresdepersonasdependientes_230118-9.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). Estadísticas A Propósito Del Día Mundial De La Diabetes (14 De Noviembre). En *INEGI* (Comunicado de Prensa Núm. 645/21). Recuperado 1 de noviembre de 2023, de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Diabetes2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf)

Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino* (ENSANUT MC 2016). Recuperado 1 de agosto de 2023, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 Resultados nacionales*. Recuperado 1 de agosto de 2023, de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020b). *DIABETES EN MÉXICO*. Recuperado 5 de diciembre de 2023, de <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>

Instituto Nacional del Cáncer [NIH]. (2023). *Cuidador*. Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado 1 de abril de 2023, de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cuidador>

- Jiménez, M. J. (2013). *Resiliencia Y Estrategias De Afrontamiento En El Cuidador Primario De Pacientes Con Esquizofrenia posterior A La Intervención Psicoeducativa*. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Khanna, A., Prabhakaran, A., Patel, P., Ganjiwale, J., & Nimbalkar, S. (2015). Social, psychological and financial burden on caregivers of children with chronic illness: a cross-sectional study. *Indian Journal of Pediatrics*, 82(11), 1006-1011.  
<https://doi.org/10.1007/s12098-015-1762-y>
- Lacomba, L. L., Casaña, S. C., Pérez, M. P., & Montoya, I. M. (2017). Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de Vida y Salud*, 10(1), 10-22.  
<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/65600/116109.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lazarus, R. S., PhD, & Folkman, S., PhD. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (1.<sup>a</sup> ed.). Springer Publishing Company.  
[https://www.academia.edu/37418588/\\_Richard\\_S\\_Lazarus\\_PhD\\_Susan\\_Folkman\\_PhD\\_Stress\\_BookFi\\_](https://www.academia.edu/37418588/_Richard_S_Lazarus_PhD_Susan_Folkman_PhD_Stress_BookFi_)
- Libman, I. (2009). Epidemiología de la diabetes mellitus en la infancia y adolescencia: tipo 1, tipo 2 y ¿diabetes «doble»? *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 46(3), 22-36.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-30342009000300003&lang=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342009000300003&lang=es)

- López Rodríguez, N. I. (2015). *Estrategia De Intervención Social Para Prevenir La Sobrecarga Del Cuidador Primario Informal De Adultos Mayores Con Enfermedad Renal Crónica* [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, C., & Ávalos, M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 331-345.  
<https://scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n2/331-345/es>
- López, F. J., Peláez, A. P., & Solvas, M. S. (2017). Capítulo 44. Síndrome del cuidador: Definición de carga, habilidades emocionales. En ANSUNIVEP (Ed.), *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud* (Vol. 3, pp. 315-320). [https://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO\\_7.pdf#page=315](https://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_7.pdf#page=315)
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 760-772.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
- Machado, A. M., Anarte, M. T. A., & Navas, M. (2010). Predictores de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Clínica y Salud*, 21(1), 35-47.  
<https://doi.org/10.5093/cl2010v21n1a4>
- Magliano, D., Zimmet, P., & Shaw, J. (2015). Classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. En R. DeFronzo, E. Ferrannini, P. Zimmet, & K.

Alberti (Eds.), *International textbook of Diabetes Mellitus* (4.a ed., Vol. 1, pp. 3-15). Wiley Blackwell. <https://diabetes.diabetesjournals.org/content/28/12/1039>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Mata, B., & Camacho, M. R. (2015). Sinopsis de la Diabetes. En I. Balderas (Ed.), *Diabetes, Obesidad y Síndrome Metabólico. Un abordaje multidisciplinario*. (1.ed., pp. 34-44). Manual Moderno.

Mendoza, V. M., Flores, C. F., Correa, E. C., Retana, R. R., & Ruíz, M. R. (2016). Relationship between social support networks and diabetes control and its impact on the quality of life in older community-dwelling Mexicans. *Nutricion Hospitalaria*, 33(6), 1312-1316. <https://doi.org/10.20960/nh.776>

Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of Parental Burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>

Miranda, M. M., Montoya, Y. M., & Saldarriaga, A. S. (2012). Diabetes y Enfermedad Periodontal: Hacia un modelo clínico bidireccional. *Revista Nacional de Odontología*, 8(14), 76-87.

<https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/285/296>

- Montero, X. M., Jurado, S. J., Valencia, A. V., Méndez, J. M., & Mora, I. M. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de Validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. [https://doi.org/10.5209/rev\\_psic.2014.v11.n1.44918](https://doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44918)
- Montiel, V. E., & Guerra, V. M. (2016). Psychoeducational Program for Effective Coping in Women with Breast Cancer. *Psicogente*, 19(36), 326-337. <https://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301>
- Nava, M., Castillo, C. A., Littlewood, H. F., Contreras, A. H., & Lega, L. (2013). Estructura factorial de la «Escala de Actitudes y Creencias»: réplica del estudio de Heman y Niebler. *Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 21(3), 511-524. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4534957>
- Navarro, V. N. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social [The profile of Informal caregivers and the sphere of action of social work ]. *Trabajo social hoy*, 78(Primer Cuatrimestre), 63-84. <https://doi.org/10.12960/tsh.2016.0004>
- Novoa, M. N., Morales, A. M., Osorio, A. D., & Vargas, R. V. (2008). Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*, 17(1), 27-41. <https://doaj.org/article/77ce0d4cecf426784fd6d68b30979e8>
- Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología*, 26(2), 219-254. <https://doi.org/10.18800/psico.200802.002>

Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63. <https://doi.org/10.4067/s0718-24492017000100059>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). Informe sobre la salud en el mundo 1998: La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos. En *World Health Organization* (51 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD-A51/3). Recuperado 1 de julio de 2022, de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA51/sa3.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA51/sa3.pdf)

Payne, R. P. (2004). *Técnicas de Relajación. Guía práctica* (4.ª ed.). Editorial Paidotribo. <https://goo.su/UKJ3>

Pérez, J. P., Abanto, J. A., & Labarta, J. L. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Elsevier*, 18(4), 194-202. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-sindrome-del-cuidador-procesos-14332>

Pérez, L. P. (2018). La BIBLIOFAM: Programa Psicoeducativo familiar para el tratamiento del adulto mayor con diabetes tipo 2. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 211-239. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.211>

Pérez, M. P., Gómez, I. G., & Montoya, I. M. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: Factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. revisión. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 113(2), 158-162. <https://doi.org/10.5546/aap.2015.158>

Poblete, F., Barticevic, N., Sapag, J. C., Tapía, P., Bastías, G., Quevedo, D., Valdés, C., Bustamante, C. D., Alcayaga, C., & Perez, G. G. (2018). Apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en atención primaria y

su relación con autopercepción de salud. *Revista Médica De Chile*, 146(10), 1135-1142. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018001001135>

Porras, F., Rosales, K. R., Medellín, D. M., & Sánchez, D. S. (2020). Aplicación de técnicas de relajación en pacientes preoperatorios, hospitalizados y sus cuidadores. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(5), 1-28. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2492>

Prevedini, A. B., Hirvikoski, T., Bergman, T. H., Berg, B. R., Miselli, G., Pergolizzi, F., & Moderato, P. (2020). ACT-based interventions for reducing psychological distress in parents and caregivers of children with autism spectrum disorders: Recommendations for higher education programs. *European journal of behavior analysis*, 21(1), 133-157. <https://doi.org/10.1080/15021149.2020.1729023>

Ramírez, J. R., Tron, R. T., & Ordaz, M. O. (2023). Intervención cognitivo conductual en cuidadora primaria informal con diagnóstico de Artritis Reumatoide y Trastorno Depresivo Persistente. *Alternativas Psicología*, 49(1), 146-161. <https://alternativas.me/attachments/article/295/9.pdf>

Rangel, N. R., Ascencio, L. A., Ornelas, R. O., Allende, S. A., Landa, É. L., & Sánchez, J. S. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2-3), 365-376. [https://doi.org/10.5209/rev\\_psic.2013.v10.n2-3.43455](https://doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v10.n2-3.43455)

Real Academia Española [RAE]. (2023a). *Cuidar*. Real Academia Española. Recuperado 1 de marzo de 2023, de <https://dle.rae.es/cuidar>

Real Academia Española [RAE]. (2023b). *Cuidador, ra*. Real Academia Española. Recuperado 1 de abril de 2023, de <https://dle.rae.es/cuidador>

Reyna, A. R. (2022). *Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en el Cuidador Primario de Pacientes con Diabetes Mellitus y Factores Asociados* [Especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México.

Reynoso, L., & Becerra, A. (2014). Medicina conductual: teoría y práctica. En *Qartuppi eBooks* (1.ª ed.). <https://doi.org/10.29410/qtp.14.01>

Rigalleau, V., Cherifi, B., Blanco, L., Alexandre, L., & Mohammedi, K. (2018). Tratamiento de la diabetes tipo 2. *EMC - Tratado de Medicina*, 22(2), 1-7. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(18\)89306-0](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(18)89306-0)

Rodríguez, M. L. (2002). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 11-19. <https://biblat.unam.mx/ca/revista/psicologia-y-ciencia-social/articulo/la-insercion-del-psicologo-en-el-campo-aplicado>

Rojas, K. E. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 491-496. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745510005.pdf>

Ruíz, A. R., & Nava, M. G. N. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v11i3.149>

- Ruíz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (1.ª ed.). Desclée De Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Ruíz, N., & Moya, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30. [http://reme.uji.es/reme/3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf](http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf)
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: El futuro de la prevención. *Medicina Clínica*, 102(1), 5-12. <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de-baja-california/epidemiologia/la-medicina-clinica-preventiva-el-futuro/10870826>
- Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2022). *Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos, Principales Cifras 2021-2022* (Versión 2021-2022) [Conjunto de datos]. Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa (DGPPyEE). [https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica\\_e\\_indicadores/principales\\_cifras/principales\\_cifras\\_2021\\_2022.pdf](https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2021_2022.pdf)
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://doi.org/10.5020/23590777.3.1.10>

- Sigüenza, A. S. (2021). *Prevalencia y factores asociados al síndrome del cuidador de adultos mayores* [Tesina de Licenciatura]. Universidad del Azuay. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código Ético del Psicólogo* (4ta ed.). Trillas.  
[https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)
- Szmukler, G., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious Mental illness: The development of the experience of caregiving inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4), 137-148. <https://doi.org/10.1007/bf00785760>
- Toro, R., & Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*.  
<https://doaj.org/article/ef594bb2082c4648886391364b03ebbb>
- Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168.  
<https://doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Van Belle, T. L., Coppieters, K., & Von Herrath, M. G. (2011). Type 1 diabetes: etiology, immunology, and therapeutic strategies. *Physiological Reviews*, 91(1), 79-118.  
<https://doi.org/10.1152/physrev.00003.2010>
- Vázquez, F. V., Otero, P. O., Torres, Á. T., Hermida, E. H., Blanco, V. B., & Díaz, O. D. (2013). A brief problem-solving indicated-prevention intervention for prevention of

depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25(1), 87-92.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2012.89>

Viale, M. V., González, F. G., Cáceres, M. C., Pruvost, M. P., Miranda, A. L. M., & Rimoldi, M. F. R. (2016). Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 8(1), 35-41. <https://doi.org/10.5579/rnl.2016.0239>

Wessler, R. W. (1990). Tipos de cogniciones en las psicoterapias de orientación cognitiva. *Manual de Terapia Racional-Emotiva*, 2, 63-75.

<https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis-manual-de-terapia-racional-emotiva-vol-ii.pdf>

Wright, K. B. (2016). Social networks, interpersonal social support, and Health Outcomes: A Health Communication perspective. *Frontiers in Communication*, 1.

<https://doi.org/10.3389/fcomm.2016.00010>

Yi-Frazier, J. P., Fladeboe, K., Klein, V., Eaton, L., Wharton, C., McCauley, E., & Rosenberg, A. R. (2017). Promoting Resilience in Stress Management for Parents (PRISM-P): an intervention for caregivers of youth with serious illness. *Families, Systems, & Health*, 35(3), 341-351. <https://doi.org/10.1037/fsh0000281>

Yilmaz, C. K., Aşiret, G. D., Çetinkaya, F., Oludağ, G., & Kapucu, S. (2019). Effect of progressive muscle relaxation on the caregiver burden and level of depression among caregivers of older patients with a stroke: a randomized controlled trial.

*Japan Journal of Nursing Science*, 16(2), 202-211.

<https://doi.org/10.1111/jjns.12234>

Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *The Cochrane library*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd010823.pub2>